

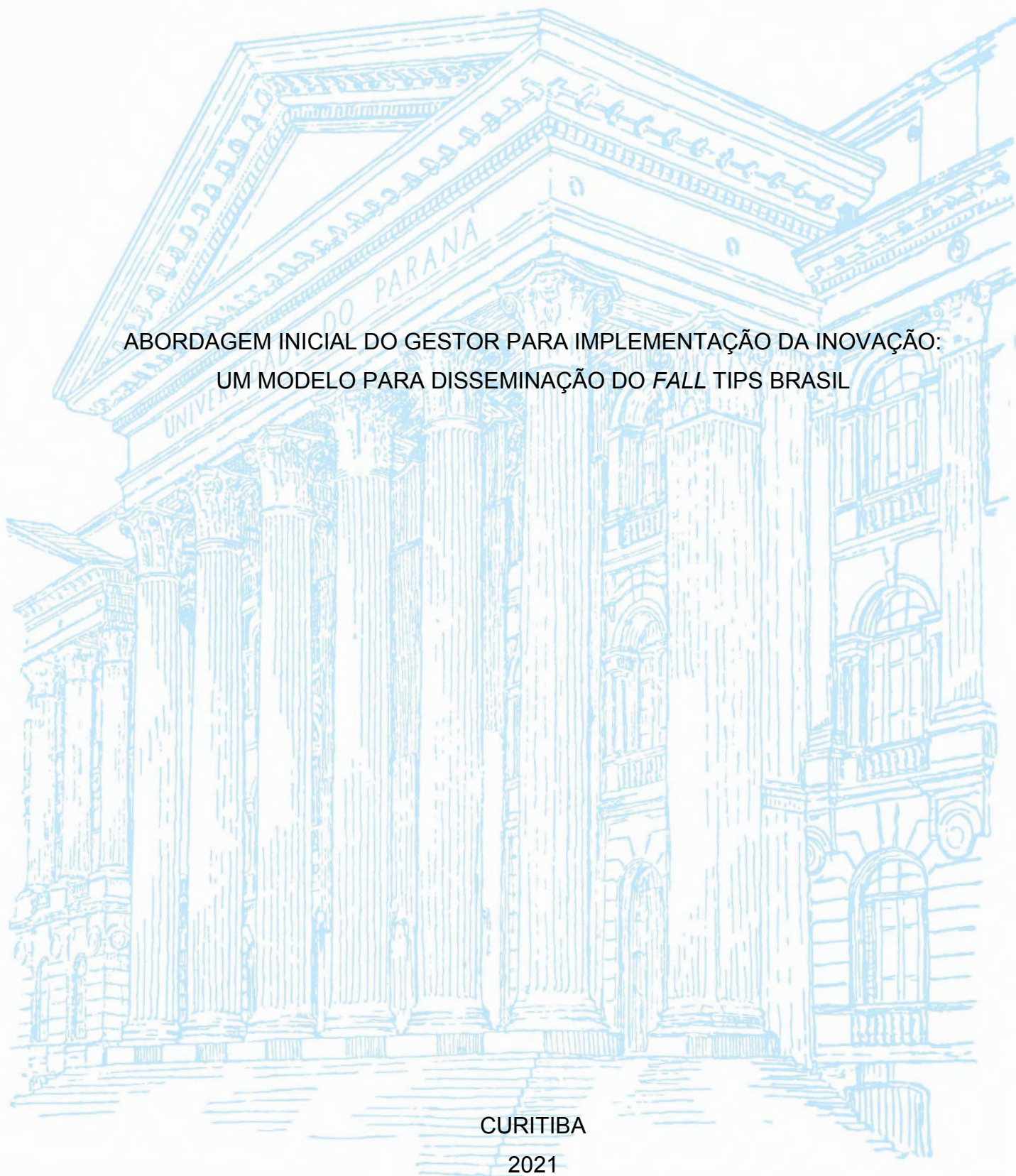
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALDA SOUZA FIGUEREDO

ABORDAGEM INICIAL DO GESTOR PARA IMPLEMENTAÇÃO DA INOVAÇÃO:
UM MODELO PARA DISSEMINAÇÃO DO FALL TIPS BRASIL

CURITIBA

2021



ALDA SOUZA FIGUEREDO

ABORDAGEM INICIAL DO GESTOR PARA IMPLEMENTAÇÃO DA INOVAÇÃO:
UM MODELO PARA DISSEMINAÇÃO DO *FALL TIPS* BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Prática do Cuidado em Saúde (Mestrado Profissional), Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Karla Crozeta Figueiredo

Coorientadora: Profa. Dra. Luciana Schleder Gonçalves

CURITIBA

2021

Figueredo, Alda Souza

Abordagem inicial do gestor para implementação da inovação [recurso eletrônico]: um modelo para disseminação do *Fa//TIPS* Brasil / Alda Souza Figueredo – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Karla Crozeta Figueiredo

Coorientadora: Profa. Dra. Luciana Schleder Gonçalves

1. Enfermagem. 2. Organização e administração. 3. Tomada de decisões. 4. Prevenção de acidentes. 5. Acidentes por quedas. I. Figueiredo, Karla Crozeta. II. Gonçalves, Luciana Schleder. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 362.173068

Maria da Conceição Kury da Silva CRB 9/1275



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PRÁTICA DO CUIDADO
EM SAÚDE - 40001016073P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ALDA SOUZA FIGUEREDO** intitulada: **ABORDAGEM INICIAL DO GESTOR PARA IMPLEMENTAÇÃO DA INOVAÇÃO: UM MODELO PARA DISSEMINAÇÃO DO FALL TIPS BRASIL**, sob orientação da Profa. Dra. KARLA CROZETA FIGUEIREDO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 28 de Julho de 2021.

Assinatura Eletrônica

30/07/2021 11:49:37.0

KARLA CROZETA FIGUEIREDO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

30/07/2021 09:50:56.0

FERNANDA SALVADOR ALVES

Avaliador Externo (PROFESSOR PESQUISADOR- UFPR)

Assinatura Eletrônica

10/08/2021 09:44:52.0

LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Rua Prof. Lothario Meissner - Curitiba - Paraná - Brasil

CEP 80060-000 - Tel: (41) 3361-3626 - E-mail: mestradoprofissionalenfermagem@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 103671

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 103671

AGRADECIMENTOS

Ao grandioso e imensurável Deus pai pela graça infinita e ao amigo inseparável, conselheiro e sábio Jesus pela inspiração e direção.

A meu esposo pelo apoio incondicional, conselhos, acreditar que tudo dará certo, paciência e amor. A minha filhota amada, Ana, pela compreensão nos momentos desafiadores, encorajamento e também evolução que também obteve nessa minha jornada.

Aos meus pais, Luciene e Arestides, que mesmo na sua simplicidade sempre incentivando a busca por novos horizontes. A educação pode mudar uma geração.

A minha orientadora, Profa. Dra. Karla Crozeta Figueiredo, pela direção, ensinamentos, amizade, ânimo nos momentos difíceis e apoio. E a co-orientadora Luciana Schleder Gonçalves pela oportunidade e disponibilidade.

As minhas amigas que sabem o quanto busquei por esse momento - Ana Gildete, Sílvia Andrade, Lívia Simas. A Antônia Brandão pelo exemplo de mulher admirável. A Daniela Paixão pelo incentivo e apoio inicial em Curitiba, a família USME gratidão na pessoa de Flávia.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR e aos docentes do Mestrado Profissional por compartilhar seus conhecimentos e nos instigar crescimento.

À banca examinadora, da qualificação e defesa, gratidão pelas contribuições, leitura cuidado e sugestões.

Aos membros do Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS), pela recepção e trocas. Mesmo em momentos de isolamento os desafios foram superados e trocas incríveis construídas.

Ao pequeno grupo - orientandos da Profa. Karla por sermos uma família que valoriza o compartilhar, ouvir, contribuir, servir, apoiar, superar juntos e vibrar juntos. Todas vocês são incríveis e me sinto honrada em fazer parte da vida de cada uma.

Ao Grupo de Pesquisadores do Projeto *Fall* TIPS Brasil pela convivência e troca.

As amigas do mestrado, pelas alegrias e angústias compartilhadas, risadas e certamente quão grandioso é integrar uma turma com diversidade de saberes, experiência e vivência. E especialmente a Gisele pela parceria de todas as horas.

Na missão de realizar-se realizando, aprendendo, cuidando e, como gente almada, amando, reside a sensibilidade da alma. Porque laborar é amar a arte do labor, experimentar, na ação, o exercício do próprio amor! Como artistas, os profissionais da saúde, pelas linhas da ciência, ao entrelaçar conhecimento, técnica, doação e competência, pintam em telas vivas a segurança da vida!

Antonia Brandão Oliveira (05 de junho de 2021)

RESUMO

Introdução A tomada de decisão do gestor é um momento primordial à implementação de uma inovação, especialmente aquela cuja indicação é baseada em evidências. *Fall TIPS* é um Programa com base em evidências científicas que subsidia a equipe multiprofissional na tomada de decisões assertivas na prevenção de quedas hospitalares. **Objetivo:** Elaborar um modelo de abordagem inicial do gestor para disseminação do Programa *Fall TIPS* em hospitais brasileiros. **Método:** Trata-se de uma pesquisa aplicada com a finalidade de elaborar um modelo de abordagem inicial ao gestor para implementar uma inovação na saúde. O percurso metodológico compreendeu quatro etapas: 1) revisão rápida sobre os riscos e benefícios da implantação do Programa *Fall TIPS*; 2) elaboração de um modelo gráfico de abordagem inicial ao gestor em formato de infográfico; 3) concepção do produto com dados do *Fall TIPS* Brasil; e 4) avaliação aparente e de conteúdo do produto por um grupo de juízes pela técnica *Delphi online*. As etapas foram elaboradas e realizadas pela pesquisadora e a última aplicada a nove juízes participantes que integram o Grupo de Pesquisa do macroprojeto. A coleta de dados foi via plataforma *Survey Monkey®*. Para validação aparente e de conteúdo, foi empregado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) com valor $\geq 0,85$, considerando a quantidade de juízes e a peculiaridade do conteúdo. **Resultados:** A revisão rápida evidenciou os seguintes riscos principais: comunicação frágil, resistência dos profissionais em aderir à inovação, discordância na escolha da unidade inicial a implantar a inovação e descrença quanto aos resultados positivos da implantação. E os benefícios foram: envolvimento da equipe multidisciplinar, apoio dos líderes da linha de frente que funcionam como influenciadores, seguir as diretrizes do Programa *Fall TIPS*, adequar o formato à realidade e uso de design iterativo. Na segunda etapa, foi desenvolvido um modelo de abordagem inicial ao gestor (MAIG) em formato de infográfico, o qual, na terceira etapa da pesquisa, foi preenchido com informações sobre a inovação *Fall TIPS* Brasil, configurando o produto da pesquisa. Na quarta etapa, de validação aparente e de conteúdo por juízes, o infográfico para disseminação do Programa *Fall TIPS* Brasil foi avaliado em relação à cor, fonte da letra, layout e conteúdo da abordagem contida no infográfico. A média dos IVCs de cada proposição é, respectivamente, 0,89; 0,92; 0,93 e 0,89. Na versão final do produto, todas as considerações feitas pelos juízes foram acatadas. **Produtos e registro:** 1) MAIG composto de três fases (apresentação, fluxo de processo decisório para implementação da inovação e observações), o qual foi registrado na Câmara Brasileira do Livro; 2) Infográfico para abordagem inicial do gestor para disseminação do Programa *Fall TIPS* Brasil, que será divulgado oportunamente no repositório brasileiro do programa. **Conclusão:** O MAIG foi desenvolvido com base nos conceitos de modelo de plano de negócios e poderá ser amplamente utilizado para disseminação de inovações em saúde. O Infográfico para abordagem inicial do gestor para disseminação do Programa *Fall TIPS* Brasil teve por base evidências resultantes da revisão rápida e contribuirá para a tomada de decisão assertiva do gestor para sua implementação em hospitais brasileiros.

Palavras-chave: enfermagem; *Fall TIPS* Brasil; gerenciamento com base em evidência; modelo de negócio na saúde; quedas.

ABSTRACT

Introduction: The manager's decision-making is a crucial moment for the implementation of an innovation, especially one whose indication is based on evidence. Fall TIPS is a program based on scientific evidence that supports the multidisciplinary team in making assertive decisions in preventing hospital falls. **Objective:** To develop a model for the initial approach of the manager for the dissemination of the Fall TIPS Program in Brazilian hospitals. **Method:** This is an applied research with the purpose of elaborating a model of initial approach to the manager to implement an innovation in health. The methodological path comprised four stages: 1) a quick review of the risks and benefits of implementing the Fall TIPS Program; 2) elaboration of a graphic model for the initial approach to the manager in infographic format; 3) product design with data from Fall TIPS Brazil; and 4) product appearance and content evaluation by a group of judges using the online Delphi technique. The steps were designed and carried out by the researcher and the last one applied to nine participating judges who are part of the Research Group of the macro-project. Data collection was via the Survey Monkey® platform. For face and content validation, the Content Validity Index (CVI) with a value of ≥ 0.85 was used, considering the number of judges and the peculiarity of the content. **Results:** The quick review evidenced the following main risks: weak communication, resistance of professionals to adhere to the innovation, disagreement in the choice of the initial unit to implement the innovation and disbelief regarding the positive results of the implementation. And the benefits were: involvement of the multidisciplinary team, support from frontline leaders who act as influencers, following the guidelines of the Fall TIPS Program, adapting the format to reality and using iterative design. In the second stage, a model of initial approach to the manager (MAIG) in infographic format was developed; which, in the third stage of the research, was filled with information about the Fall TIPS Brazil innovation, configuring the research product. In the fourth stage, face and content validation by judges, the infographic for dissemination of the Fall TIPS Brazil Program was evaluated in relation to color, font, layout and content of the approach contained in the infographic. The average of the IVCs of each proposition is, respectively, 0.89; 0.92; 0.93 and 0.89. In the final version of the product, all the considerations made by the judges were accepted. **Products and registration:** 1) MAIG composed of three phases (presentation, decision-making process flow for innovation implementation and observations), which was registered at the Brazilian Book Chamber; 2) Infographic for the manager's initial approach to the dissemination of the Fall TIPS Brazil Program, which will be published in due course in the program's Brazilian repository. **Conclusion:** MAIG was developed based on the concepts of a business plan model and can be widely used to disseminate health innovations. The Infographic for the manager's initial approach to the dissemination of the Fall TIPS Brazil Program was based on evidence resulting from the rapid review and will contribute to the manager's assertive decision-making for its implementation in Brazilian hospitals.

Keywords: nursing; Fall TIPS Brazil; evidence-based management; business model in healthcare; Falls.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - CARACTERÍSTICAS DA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA INOVAÇÃO	23
FIGURA 2 - FLUXOGRAMA DO PROTOCOLO PARA REVISÃO RÁPIDA.....	42
FIGURA 3 - ENVIO DE LINK DO QUESTIONÁRIO DA PESQUISA.....	46
FIGURA 4 - RESUMOS DAS ETAPAS DA VALIDAÇÃO DA ABORDAGEM	47
FIGURA 5 - EXEMPLO DE PERGUNTA DA SEÇÃO 5	48
FIGURA 6 - FÓRMULA DE CÁLCULO DO IVC	49
FIGURA 7 - PRINCIPAIS RISCOS AO IMPLEMENTAR O <i>FALL TIPS</i>	51
FIGURA 8 - PRINCIPAIS BENEFÍCIOS AO IMPLEMENTAR O <i>FALL TIPS</i>	53
FIGURA 9 - FASES DO MODELO	54
FIGURA 10 - ELEMENTOS DO MODELO DO FLUXO DECISÓRIO (FASE 2).....	56
FIGURA 11 - MODELO DE ABORDAGEM INICIAL AO GESTOR	57
FIGURA 12 - ABORDAGEM INICIAL AO GESTOR NA IMPLEMENTAÇÃO DO KIT DE FERRAMENTAS <i>FALL TIPS</i> BRASIL	59
FIGURA 13 - ANTES DA VALIDAÇÃO PELO JUÍZES	60
FIGURA 14 - DEPOIS DA VALIDAÇÃO.....	60
FIGURA 15 - ANTES DA VALIDAÇÃO PELOS JUÍZES DA FASE 2 DO INFOGRÁFICO	61
FIGURA 16 - DEPOIS DA VALIDAÇÃO PELOS JUÍZES DA FASE 2 DO INFOGRÁFICO	62
FIGURA 17 - ANTES DA VALIDAÇÃO PELOS JUÍZES DA FASE 3 DO INFOGRÁFICO	63
FIGURA 18 - DEPOIS DA VALIDAÇÃO PELOS JUÍZES DA FASE 3 DO INFOGRÁFICO	63

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - TITULAÇÃO DOS JUÍZES.....	64
GRÁFICO 2 - LEIAUTE COMPLETO DA ABORDAGEM DO INFOGRÁFICO N=(9)	66
GRÁFICO 3 - AVALIAÇÃO DA FASE DA APRESENTAÇÃO DO INFOGRÁFICO N=(9)	66
GRÁFICO 4 - AVALIAÇÃO DA FASE FLUXO DE PROCESSO DECISÓRIO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA INOVAÇÃO DO INFOGRÁFICO N=(9)	70
GRÁFICO 5 - AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS ELEMENTOS (1 A 8) DA FASE FLUXO DE PROCESSO DECISÓRIO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA INOVAÇÃO N=(9)	71
GRÁFICO 6 - AVALIAÇÃO DA FIGURA 2 DA FASE OBSERVAÇÕES N=(9)	72
GRÁFICO 7 - AVALIAÇÃO DA FIGURA 3 DA FASE OBSERVAÇÕES N=(9)	74

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - PROCEDIMENTO DA PESQUISA	41
QUADRO 2 - CONVERSÃO DA PONTUAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	49
QUADRO 3 - SUGESTÕES DOS ITENS DA FASE FLUXO DE PROCESSO DECISÓRIO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA INOVAÇÃO DO INFOGRÁFICO	69
QUADRO 4 - SUGESTÕES DOS ITENS DA FASE OBSERVAÇÕES (FIGURA 2) DO INFOGRÁFICO	72
QUADRO 5 - SUGESTÕES DOS ITENS DA FASE OBSERVAÇÕES (FIGURA 3) DO INFOGRÁFICO	73

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DA AVALIAÇÃO DOS ELEMENTOS COR, FONTE DA LETRA, LEIAUTE E CONTEÚDO DO INFOGRÁFICO (FASE 1)	65
TABELA 2 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DA AVALIAÇÃO DOS ELEMENTOS COR, FONTE DA LETRA, LEIAUTE E CONTEÚDO DO INFOGRÁFICO (FASE 2)	68
TABELA 3 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DA AVALIAÇÃO DOS ELEMENTOS COR, FONTE DA LETRA, LEIAUTE E CONTEÚDO DO INFOGRÁFICO (FASE 3) (FIGURA 2)	71
TABELA 4 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DA AVALIAÇÃO DOS ELEMENTOS COR, FONTE DA LETRA, LEIAUTE E CONTEÚDO DO INFOGRÁFICO (FASE 3) (FIGURA 3)	73

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AGS	- <i>British Geriatrics Society</i>
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AHRQ	- <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
BVS	- Biblioteca Virtual de Saúde
CF	- Constituição Federal
EA	- Evento adverso
EUA	- Estados Unidos da América
FALL TIPS	- <i>Tailoring Interventions for Patient Safety</i>
GBE	- Gerenciamento Baseado em Evidências
CONEP	- Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
IVC	- Índice de validade de conteúdo
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAIG	- Modelo de Abordagem Inicial ao Gestor
MEDLINE	- <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
PBE	- Prática Baseada em Evidência
PCC	- População, Conceito e Contexto
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OSF	- <i>Open Science Framework</i>
PRISMA	- <i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
RR	- Revisão Rápida
SI	- Sistema de Informação
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos
TIPS	- Intervenções sob medida para a segurança do paciente
WHO	- <i>World Health Organization</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

® - Marca registrada

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	OBJETIVOS	21
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1	VISÃO ESTRATÉGICA PARA IMPLEMENTAR INOVAÇÃO	22
2.1.1	Plano de negócio - metodologia de Osterwalder (2011).....	24
2.2	QUEDAS	26
2.3	<i>FALL TIPS</i> : UMA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA	31
2.4	ABORDAGEM AO GESTOR NA TOMADA DE DECISÃO BASEADA NO GERENCIAMENTO DE EVIDÊNCIA.....	34
3	METODOLOGIA.....	39
3.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	39
3.2	DELINEAMENTO E TIPO DO ESTUDO	40
3.2.1	ETAPAS DA PESQUISA	40
3.2.1.1	Etapa 1 – Revisão rápida	41
3.2.1.2	Etapa 2 – Elaboração do modelo de abordagem inicial do gestor para implementação da inovação.	43
3.2.1.3	Etapa 3 – Elaboração do produto – Abordagem inicial do gestor para disseminação do <i>Fall TIPS</i> Brasil.	43
3.2.1.4	Etapa 4 – Validação de aparência	45
3.3	ANÁLISE DE DADOS.....	49
4	RESULTADOS	51
4.1	ETAPA 1 - BENEFÍCIOS E RISCOS DO USO DA IMPLEMENTAÇÃO DO <i>FALL TIPS</i>	51
4.2	ETAPA 2 - ESTRATÉGIAS PARA ELABORAÇÃO DO MODELO DE ABORDAGEM AO GESTOR	54
4.3	ETAPA 3 - ELABORAÇÃO DO PRODUTO.....	58
4.4	ETAPA 4 - VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA.....	64
5	DISCUSSÃO	75
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
	REFERÊNCIAS	82
	APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	95

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO SURVEY APLICADO	99
APÊNDICE 3 – PRODUTO DA ABORDAGEM	114
APÊNDICE 4 – MODELO DA ABORDAGEM	118
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	121
ANEXO 2 - ORIENTAÇÕES PARA A OBTENÇÃO DE CONSENTIMENTO EM ESTUDOS DA ÁREA BIOMÉDICA RELACIONADOS À COVID-19 ..	126

APRESENTAÇÃO

A vivência da pesquisadora com pacientes ortopédicos pré e pós-cirúrgicos mostrou ser fundamental a integração da equipe multidisciplinar no processo do cuidar, na comunicação clara e objetiva com o paciente-família-equipe em todo o período de internamento, especialmente em intervenções de risco de queda. A pesquisadora vem exercendo a Enfermagem gerencial por cerca de 9 anos no âmbito público.

E nesse contexto, o encadeamento da comunicação e a prevenção são fundamentais para o êxito do cuidado, por necessitar da adesão da liderança na gestão comunicativa sem ruídos em que haja homogeneidade nas informações entre as partes e por compor o Comitê Institucional da Qualidade. E inquietar-se com os resultados ao analisar as possibilidades de melhoria no processo de prevenção de quedas e viabilidade de prestar uma assistência centrada no paciente.

Ao incorporar o binômio paciente-família no protagonismo no processo de cuidar, incluindo equipe multiprofissional, ocorre a disponibilidade de informações a todos e o aperfeiçoamento da comunicação, resultando em intervenções personalizadas e uniformes.

Nessa perspectiva, emergiu a oportunidade de ingressar no Mestrado Profissional e integrar o macroprojeto intitulado “Difusão e adoção do *Fall* TIPS no Brasil: engajamento de pacientes, profissionais e liderança clínica para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar”, coordenado pela Profa. Dra. Luciana Schleder Gonçalves.

A presente pesquisa integra a etapa de disseminação do *Fall* TIPS Brasil pelo desenvolvimento de uma estratégia de abordagem inicial ao gestor hospitalar para divulgação do *Fall* TIPS Brasil e de estímulo à sua implementação.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) afirma no Artigo 218 que “a pesquisa científica básica e tecnológica receberá tratamento prioritário, tendo em vista o bem público e o progresso da ciência, tecnologia e inovação” (BRASIL, 2016a, p. 128).

Para Velho e colaboradores (2017), a tecnologia, a partir do momento em que é concebida ou conceituada, passa por diversas etapas evolutivas até a plena operação, de modo que esteja pronta para o uso ou para a difusão e comercialização.

E nessa perspectiva, as pesquisas acadêmicas que investigam a aceitação da tecnologia têm recebido atenção considerável de pesquisadores e profissionais da saúde (VELHO et al., 2017; GADELHA; TEMPORÃO, 2018). A busca, a geração e a implementação de inovações no setor saúde são estratégias efetivas e efetuadas, principalmente, pelas universidades (GADELHA; TEMPORÃO, 2018).

Inovar é introduzir um produto ou serviço no mercado ou em um processo, método ou sistema na organização, de forma exitosa. A implementação pode ser de algo que até então não existia ou que contenha alguma característica nova diferente do padrão em vigor (ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO [OCDE], 2011). A inovação é a introdução de novos processos ou o aperfeiçoamento de processos existentes para modificar as condições de trabalho nas unidades da instituição (DAHAB; LOIOLA, 1994).

Cunha Neto (2009) considera que a mentalidade inovadora possibilita a implementação de ações que impulsionam o desenvolvimento tecnológico inserido no ambiente organizacional, capacitando e compreendendo as especificidades e desafios dos processos de inovação tecnológica, bem como considerando as singularidades locais. Propicia flexibilidade e oportunidade de as organizações identificarem as mudanças e tendências, adaptá-las e aproveitá-las acertadamente (CUNHA NETO, 2009).

Nesse cenário, as inovações na área de segurança do paciente são relevantes, visto ser uma temática desafiadora e ocasionar impactos sociais, institucionais, políticos, financeiros e custos pessoais que acarretam, às vezes, o óbito de pessoas que recebem cuidados de saúde inseguros. Assim, buscar estratégias para melhoria da segurança do paciente impulsiona o desenvolvimento de ferramentas qualificadoras da assistência (ANDRADE, 2018).

A segurança do paciente é definida como “[...] a redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”, isso é resultante de diversas combinações possíveis que vão de falhas individuais ou de grupos até processos de trabalho e estruturas organizacionais (*WORLD HEALTH ORGANIZATION* [WHO], 2009, p. 36).

Estimativas mostram que quatro em cada dez pacientes são afetados direta ou indiretamente pelos cuidados primários e ambulatoriais, havendo incidência de 134 milhões de evento adversos (EA) que ocorrem por ano em hospitais, contribuindo para 2,6 milhões de mortes anuais por cuidados inseguros (WHO, 2019), revelando a magnitude do problema de segurança do paciente.

Durante o período de internação hospitalar, o indivíduo está exposto a circunstâncias que podem resultar em incidentes de segurança. (RUNCIMAN et al., 2009). A queda em pacientes hospitalizados é um dos incidentes recorrentes (FHON et al., 2016).

Queda é compreendida como “o contato não intencional com a superfície de apoio, resultante da mudança de posição do indivíduo para um nível inferior à sua posição inicial, sem que tenha havido fator intrínseco determinante ou acidente inevitável e sem perda de consciência” (*AMERICAN GERIATRICS SOCIETY* [AGS]; *BRITISH GERIATRICS SOCIETY* [BGS], 2010, p. 122; SOUZA et al., 2019).

As quedas são um dos principais EA a serem prevenidos em instituições de saúde segundo o relatório da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (ANVISA, 2020). No período de janeiro de 2014 a maio de 2019, foram notificados 330.536 incidentes no Brasil, 93% (308.849) em ambiente hospitalar, 52% deles (160.648) nos setores de internamento.

Dessa forma, o *Fall Tailoring Interventions for Patient Safety (Fall TIPS)* é um programa com base em evidências científicas que visa a apoiar a equipe de enfermagem e multiprofissional na tomada de decisões capazes de prevenir quedas em ambiente hospitalar, de modo a integrar pacientes e familiares (ZUYEV et al., 2011; DYKES et al., 2017; KATSULIS et al., 2016; DYKES et al., 2019).

O Programa *Fall TIPS*, concebido em 2010, propõe atuação centrada no cuidado do paciente, valorizando planejar e monitorar o cuidado, propiciando mudança de cultura, com vistas à geração de coparticipação entre equipe de saúde e pacientes/familiares. Isso para apoiar a tomada de decisão clínica, contemplando fatores de risco e intervenções personalizadas do paciente, além das medidas

universais de prevenção de queda (GONÇALVES, 2020, no prelo; DYKES et al., 2009).

Dykes e colaboradores (2009) evidenciam nos Estados Unidos da América (EUA) que o Programa *Fall TIPS* reduziu significativamente a incidência de queda, com impactos positivos e relevantes em todo o processo de trabalho institucional, sendo, por isso, considerado uma estratégia inovadora.

Nessa pesquisa, considera-se o Programa *Fall TIPS* uma inovação tecnológica, visto abordar as etapas da construção do plano de cuidado centrado no paciente, valorizando a educação contínua do paciente-família-equipe, lideranças, a parceria e a participação ativa familiar no processo de reabilitação (DYKES et al., 2017). Considera-se ainda a colaboração mútua dos profissionais com um objetivo comum, a disposição à beira leito de informações de forma simples e individualizada dos riscos, do modo de prevenção à disposição dos envolvidos no processo do cuidado, tendo em vista não haver outra estratégia sistemática e com fácil potencial de replicação nas instituições hospitalares brasileiras (DYKES et al., 2019).

Dessa forma, reconhecendo os desafios a serem superados em relação ao evento queda no Brasil e tendo constatado resultados exitosos ao implementar o Programa *Fall TIPS* nos EUA (DYKES et al., 2009; DYKES et al., 2017), a presente pesquisa inova ao propor um Modelo de Abordagem Inicial ao Gestor (MAIG) na implementação de uma inovação em saúde, tendo como base o referencial conceitual de Plano de Negócio, Gerenciamento Baseado em Evidência e Kit de ferramentas do Programa *Fall TIPS*.

A abordagem inicial ao gestor na implementação de uma inovação tem, como princípio essencial, pressupostos direcionadores da tomada de decisão de forma clara, direta e objetiva, propiciando à alta gestão dispor da decisão no sentido de promover melhoria da qualidade e êxito ao implementar inovações na instituição (REIS et al., 2019; MACEDO et al., 2016), sendo primordiais a adesão e o apoio dos líderes com envolvimento e influência no desenvolvimento de cada etapa no processo de implementação de uma inovação (SILVA et al., 2017).

A relevância e o caráter inovador desta pesquisa são a elaboração de um MAIG para implementar uma inovação em saúde, com vistas a comunicar de forma sintética e direcionada as principais informações da inovação, no caso, o kit de ferramentas *Fall TIPS*, para subsidiar a tomada de decisão para sua implementação.

O modelo recomendado surge com respaldo nos conceitos de Plano de Negócio, amplamente utilizados na área da administração e inovação. Procurou-se inserir neste modelo os conceitos e princípios e construí-lo em um *layout* amigável, de modo a ser utilizado genericamente, ao implementar outras inovações, visto que o ambiente corporativo e o da inovação podem direcionar o gestor na tomada de decisão ao dispor do mapa contendo o que, o porquê, como, onde e quando, abrangidos no modelo.

O Plano de Negócio é um documento que objetiva estruturar as ideias principais, ganhos, aplicabilidade e opções que o empreendedor ou gestor deverá avaliar para decidir sobre a viabilidade organizacional de ser criada ou implementada uma inovação (PEREIRA, 1995; FILION; OSTERWALDER, 2011; DOLABELA, 2000).

Paulek (2017) relata que o plano de negócio descreve por escrito os objetivos de um negócio e o que deve ser feito para alcançá-los, diminuindo os riscos e o insucesso, auxiliando na implantação de uma inovação. Dornelas (2003) apresenta que pesquisas realizadas nos EUA indicam que um plano de negócio aumenta em sessenta por cento a probabilidade de sucesso dos negócios.

Assim, elaborar um MAIG para implementação de uma inovação como o Programa *Fall* TIPS, baseado no Plano de Negócio e no Gerenciamento Baseado em Evidências, visa a minimizar a possibilidade de tentativas não fundamentadas em evidências, ou não adaptadas à realidade local pela limitação de não conhecê-la.

Um plano de negócio deve estar sempre alinhado com a criação de valor e o crescimento sustentável da organização, sendo visto como instrumento que permite compreender o negócio (OSTERWALDER, 2011; ROMÃO, 2010), que, para este trabalho, é compreendido no contexto das organizações hospitalares.

Tendo como referência o aprofundamento conceitual e os modos de aplicação do Plano de Negócios, projetou-se um MAIG para implementação de uma inovação em saúde com respaldo nesses pilares, respeitando o ambiente peculiar da organização de saúde.

Gonçalves (2020, no *prelo*) reforça ao descrever que a disseminação do Programa *Fall* TIPS Brasil, direcionado aos tomadores de decisão institucional - líderes, profissionais, pacientes e família – tem componentes basilares na implementação de inovações.

Dessa forma, a contribuição desta pesquisa foi desenvolver um modelo conciso, claro e direto, que norteia o gestor na tomada de decisão para implementar

uma inovação em saúde. Com um formato estratégico de infográfico¹, ele disponibiliza informações para análise direta, ancoradas em evidências que revelam os riscos, os benefícios e os principais caminhos a seguir.

O MAIG possibilita às organizações de saúde uma visão concebida pela administração de negócios inovadores, de forma a obter um indicador precoce da probabilidade de sucesso futuro, independentemente da instituição hospitalar em que ocorrerá a implementação. Isto no intuito de traduzir as melhores evidências científicas disponíveis em práticas organizacionais, evitando decisões alicerçadas na experiência e preferência individuais.

Assim, espera-se que esta pesquisa contribua na fase de disseminação do *Fall TIPS* Brasil e estimule a equipe gestora das organizações de saúde hospitalares a adotar o modelo, o qual sustenta uma tomada de decisão objetiva e adequada à implementação da assistência centrada no paciente; proposta por esse programa de prevenção de quedas.

Diante do exposto, a questão norteadora desta pesquisa é como elaborar um modelo de abordagem inicial ao gestor para a implementação de uma inovação em saúde.

1.1 OBJETIVOS

Elaborar um modelo de abordagem inicial do gestor para disseminação do Programa *Fall TIPS* em hospitais brasileiros.

¹ Comunicação que visa a ativar diferentes modos de produção e compreensão textual, com processos peculiares, sintetizando imagem e palavra de forma original e eficaz (SOUZA, 2016).

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo foi subdividido de forma a apresentar uma visão estratégica para implementar uma inovação na saúde, em seguida, quedas, inovação tecnológica, *Fall TIPS* e, por fim, a abordagem ao gestor na tomada de decisão com suporte em evidências.

2.1 VISÃO ESTRATÉGICA PARA IMPLEMENTAR INOVAÇÃO

O Brasil tem seu marco Legal de Ciência e Tecnologia e Inovação com a Lei 10.973/2004 (BRASIL, 2004), que viabiliza a parceria entre diferentes instituições para trabalharem, conjuntamente, no fomento do desenvolvimento técnico e científico brasileiro. Isso contempla o entendimento de que o país necessita superar as barreiras tradicionalistas e integrar um patamar superior no que tange à inovação na era do conhecimento.

Inovação, na atualização da Lei 10.973 de 2016, é a introdução de uma novidade ou um aperfeiçoamento no ambiente produtivo e social, que resulte em novos produtos, serviços ou processos já existentes, que possam resultar em melhorias e em efetivo ganho de qualidade (BRASIL, 2016b).

Schumpeter (1982) já afirmava que a inovação pode assumir inúmeras formas, incluindo criar algo inovador, executar atividade preexistente de maneira diferenciada, ou seja, não há necessariamente que se inventar algo, pode-se recriar. E Rech e Cardin (2016), em pesquisa sobre moda/designer, denominam inovação como uma ideia, uma prática, um artefato ou uma tendência percebida como nova pelos indivíduos, ou adotada por um grupo de pessoas (PETRY, 2019).

Assim, verifica-se que é perfeitamente aplicável esse conceito à área de saúde. É evidente que as decisões precedentes à adoção de uma difusão influenciam diretamente no processo de inovação. A implementação de uma difusão envolve cinco características básicas de acordo com Moore e Benbasat (1991), Karahanna, Straub e Chervany (1999) e Rogers (2003) (FIGURA 1).

FIGURA 1 - CARACTERÍSTICAS DA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA INOVAÇÃO

Vantagem Relativa	Nível em que uma inovação é percebida como melhor que a outra
Compatibilidade	Nível no qual uma inovação é entendida coerente aos valores atuais, às experiências anteriores e às potencialidades dos adotantes futuros
Complexidade	Nível em que é vista com dificuldade no entendimento e utilização
Testabilidade	Nível no qual uma inovação é capaz de ser experimentada em local delimitado (piloto)
Observabilidade	Nível nem que os resultados da inovação são visíveis para os outros (disseminação).

FONTE: Adaptado de Moore e Benbasat (1991) e Rogers (2003).

A Teoria de Rogers (2003) ratifica haver relação direta entre o processo de adoção de inovação, isto é, quanto mais elevadas as características, maior a possibilidade de adoção. A complexidade tem uma relação negativa direta com a adoção, ou seja, quanto maior a complexidade, menores os desafios da disseminação.

Por isso, a relevância de conhecer o processo de difusão de uma inovação tecnológica na área saúde, especialmente na enfermagem, e desenvolver instrumentos que implementem novidades, tem a finalidade de elevar o índice de acerto e mitigar a possibilidade de insucesso da implementação (PETRY, 2019).

A implementação de inovação baseada nas melhores práticas, centrada no paciente, no compartilhamento de conhecimento e compromisso com a melhoria contínua, requer dos líderes e profissionais uma ruptura do executar e do agir de forma linear, padronizada sem reflexão crítica e sequencial, e tal argumento sintetiza a decisão de adotar uma inovação (VIANA et al., 2016). É um desafio para as organizações de saúde a disponibilidade de inovar no processo de trabalho.

Empregar a lógica do processo decisório de inovação para estudos sobre a adoção de inovação em organizações da saúde é uma tendência mundial (PETRY, 2019).

Nessa perspectiva, elaborar o MAIG para implementação de uma inovação, como o Programa *Fall* TIPS, é relevante na tomada de decisão dos gestores e líderes e vai ao encontro do proposto no Gerenciamento Baseado em Evidências (GBE).

2.1.1 Plano de negócio - metodologia de Osterwalder (2011)

Plano de Negócios é um documento que objetiva estruturar as ideias principais, soluções, aplicabilidade e opções que o empreendedor ou gestor avaliará para decidir sobre a viabilidade organizacional de ser criada ou implementada uma inovação (PEREIRA, 1995; FILION e DOLABELA, 2000).

Cecconello (2008) se refere à estrutura básica do Plano de Negócios como objetivo ou proposta de valor com indicadores que evidenciem por qual razão a opção é recomendada, expor as oportunidades e viabilidade, mostrar o investimento necessário e aplicabilidade. Osterwalder (2011) aborda o Modelo de Negócios como o esquema de uma estratégia a ser implementada por meio das estruturas organizacionais dos processos e sistemas.

De acordo com Cecconello (2008), Wilhoite e colaboradores (2019) e Osterwalder (2011), o Plano de Negócios poderá ter outras utilizações como dar segurança aos gestores que terão uma visão holística do percurso da inovação em questão. Isso se encaixa no objetivo do trabalho, que é elaborar um modelo que represente uma abordagem inicial ao gestor da instituição parceira que tenha interesse em implantar a inovação em saúde.

O Plano de Negócios, frequentemente, busca garantir a adesão dos membros do alto escalão com a apresentação de análises de custo-eficácia favoráveis. Essa análise é fundamental à sociedade como um indicador básico e necessário na implementação de uma inovação (SPELLBERG et al., 2016).

O desenvolvimento de um modelo de negócio é um processo essencial na organização, recomendado a ser construído de forma planejada, detalhada e funcional (ROMÃO, 2010; SPERBERG et al., 2016).

Papadopoulos e colaboradores (2013) abordam que o Plano de Negócios incorpora todos os aspectos de planejamento, implementação e avaliação de programas, e seu desenvolvimento depende de informações teóricas com evidências práticas e direcionamento às partes interessadas. É a oportunidade de implementar

um produto realístico de acordo com a necessidade local, aumentando também a eficácia da entrega do programa.

Segundo Osterwalder (2011), o Plano de Negócios é composto por nove componentes básicos, os quais apontam o delineamento que a organização pretende gerar valor. Os nove componentes contemplam as quatro áreas elementares de um negócio, que incluem oferta, infraestrutura e viabilidade financeira.

Em linhas gerais, Osterwalder (2011) define os nove componentes que compõem o Plano de Negócios em:

- 1) Segmento de clientes - compreende os diversos grupos de pessoas ou organizações que uma empresa busca alcançar e servir. Perguntas orientadoras: Para quem gera valor? E quais os consumidores principais;
- 2) Proposta de valor - trata-se de um conjunto de produtos e serviços que concebem valor para um segmento específico de clientes. O direcionador é responder o motivo pelo qual os clientes escolhem tal empresa/produto ou outra, que problema ou necessidade resolve?
- 3) Canais - mostra como uma empresa se comunica e alcança os segmentos de clientes a fim de entregar a proposta de valor. Aqui, é composto pela conexão entre empresa e clientes. Os canais desempenham um importante papel no resultado. Direcionadores: Quais canais escolher? Qual funciona melhor, qual o custo-benefício entre eles? Como integrar os diversos canais?
- 4) Relacionamento com clientes - refere-se aos tipos de relação que uma empresa constrói com os segmentos específicos definidos. Uma empresa deve esclarecer o tipo de relação que quer estabelecer com cada segmento de cliente. Direcionadores: As relações serão personalizadas ou automatizadas? Quais os motivadores do relacionamento? Qual o valor do relacionamento? Como integrar os demais componentes do Plano de Negócios?
- 5) Fontes de receita - equivalem ao recurso monetário gerado por cada segmento de clientes. Fazendo uma analogia se o cliente é o coração de um modelo de negócios, o componente fonte de receita é a rede de artérias. Direcionadores: Que valor cada segmento de clientes está realmente disposto a pagar?

- 6) Recursos principais - são os recursos necessários para que o modelo de negócios funcione. Aqui depende do modelo de negócios escolhido, é aqui que a empresa cria e oferece subsídios que sustentam os demais componentes. São recomendáveis diferentes fontes de recursos principais. Direcionadores: Quais recursos serão necessários - físicos, financeiros, intelectuais ou humanos?
- 7) Atividades-chave – são aquelas que norteiam as ações importantes que a empresa deve implementar para fazer o modelo de negócios funcionar. Direcionadores: Quais atividades a empresa desenvolve? Quais recursos principais são necessários para criar e oferecer a proposta de valor, alcançar mercados, manter relacionamento com o cliente e gerar renda?
- 8) Parcerias principais - são compostas pela rede de fornecedores, sendo os parceiros que põem o negócio para funcionar. Direcionadores: Quem são os principais parceiros? E fornecedores?
- 9) Estrutura de custo - é composta pelos custos envolvidos na operação do modelo de negócios. Aqui contempla os custos operacionais. Direcionadores: Quais os custos relevantes? Quais os recursos com maior impacto e qual sua relevância?

Nesse sentido, o Plano de Negócios por ser dinâmico, flexível e de fácil aplicabilidade, justificando nortear o modelo adaptado e implementado na realidade da Saúde, especificamente a Enfermagem. Mediante esses conceitos, houve a idealização e a elaboração do MAIG, o qual agrega concepções do GBE, e do Programa *Fall TIPS* de prevenção de quedas.

2.2 QUEDAS

Queda é o desnivelamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano (BRASIL, 2017).

E a *WHO* (2009) definiu queda como um deslocamento repentino, não intencional e não controlado do corpo de um paciente para o solo ou outro objeto. Isso inclui situações em que o paciente cai enquanto é assistido por outra pessoa, mas exclui quedas intencionais ou provocadas.

Nesse sentido, Dykes et al. (2012), Dykes et al. (2018b) e Dykes et al. (2021) relatam três categorias de quedas: acidentais, fisiológicas antecipadas e fisiológicas imprevistas. As quedas acidentais são evitadas por meio de precauções universais, aplicadas a todos os pacientes, com a manutenção dos caminhos livres, limpos, iluminados e o uso de calçados adequados.

Eles abordam que quedas fisiológicas previstas são causadas por problemas ou comorbidades ocultas, sendo evitadas com o envolvimento do paciente e da família no processo de prevenção de quedas em três etapas. As quedas fisiológicas imprevistas são decorrentes de um problema de saúde ou fisiológico implícito não diagnosticado ainda, não sendo, portanto, contempladas no plano preventivo de quedas.

No entanto, as quedas fisiológicas imprevistas são responsáveis por menos de 10% das quedas em hospitais, uma vez que sua causa é conhecida, e um plano pode ser desenvolvido para prevenir quedas futuras (DYKES et al., 2021).

Em contrapartida, Fhon et al. (2016) inferem que a maioria das quedas é ocasionada por fatores que acontecem concomitantemente ao evento. E as intervenções têm como alvo os fatores de risco verificados pela equipe de enfermagem na avaliação inicial e subsequente e na interação da equipe multiprofissional na implementação, objetivando melhorar a prática clínica e a organização da instituição.

Cameron e colaboradores (2018) em uma revisão sistemática mostraram que os fatores de risco para quedas em pacientes idosos hospitalizados são histórico de quedas anteriores, idade, comprometimento cognitivo, uso de sedativos e antidepressivos, instabilidade da marcha, confusão agitada e incontinência urinária.

Por outro lado, Hopewell et al. (2018), em uma revisão sistemática contemplando 62 estudos randomizados e 19.935 participantes, revelaram haver evidências de qualidade moderada de que intervenções multifatoriais provavelmente reduzem a taxa de quedas e o risco de sofrer uma ou mais quedas, em comparação com os cuidados universais usuais.

Abreu et al. (2014) revelam que pacientes com incontinência urinária sofrem quedas com menor tempo de internação em comparação com os demais pacientes. Assim, devem ser implementadas intervenções multiprofissionais e de enfermagem baseadas em evidências, que incluem identificação dos pacientes com incontinência urinária, tratamento e cuidados específicos bem como medidas protetoras que

aumentem a segurança desses pacientes, incluindo grades nas camas, barras de proteção e iluminação adequada nos quartos e banheiros, papagaios e comadres próximos ao leito, que são essenciais na prevenção de quedas.

Sob outra perspectiva, Almeida, Abreu e Mendes (2010) relatam a existência de fatores intrínsecos, compreendendo alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, doenças crônicas e efeitos causados pelo uso de fármacos. Isso coaduna com Hopewell et al. (2018) no que concerne a histórico de quedas anteriores, envolvendo fraqueza muscular, problemas de marcha e equilíbrio, visão deficiente, artrite, diabetes, doença de Parkinson, demência e incontinência (KOBAYASHI et al., 2018).

E os fatores extrínsecos, segundo Almeida, Abreu e Mendes (2010), são estruturais, arquitetônicos e de acessibilidade, que predispõem à ocorrência de queda. Hopewell et al. (2018) citam ainda falta de corrimãos, pouca iluminação, superfícies escorregadias ou irregulares, uso de material auxiliar de locomoção e calçados inadequados. E enfatizam que quanto mais fatores de risco uma pessoa tem, maior a possibilidade de quedas

Esses fatores são compatíveis com Silva et al. (2016) ao apontarem que a insônia e/ou urgência urinária e a diminuição da sensibilidade auditiva tornam os pacientes susceptíveis à queda, sendo fundamental a implantação de educação continuada à equipe de enfermagem de acordo os incidentes ocorridos no ambiente, mediante tecnologia educacional ativa e reflexiva.

A análise dos achados de Hopewell et al. (2018) mostra que para utilizar instrumentos específicos para prever risco de quedas, como a Escala de Morse, são necessárias ferramentas essenciais a serem implementadas nos serviços, incluindo capacitar a equipe para avaliar o paciente, implementar estratégias, orientar os pacientes/acompanhantes sobre os fatores de risco que podem ocasionar quedas e identificar pacientes de alto risco.

A equipe de enfermagem é uma importante aliada na prevenção de quedas de pacientes pelo perfil do cuidado à beira leito (HOPEWELL et al., 2018). Essas ações de cuidado facilitam a identificação precoce de situações de risco e favorecem o planejamento das ações do enfermeiro em cooperação com a equipe multidisciplinar, objetivando diminuir a taxa de quedas, o que interfere diretamente na continuidade do cuidado e na segurança do paciente.

Abreu et al. (2014) sinalizam a necessidade de inserir medidas educativas sobre o risco de quedas e as formas de preveni-las junto à equipe, pacientes e acompanhantes. E Vaccari et al. (2014) acrescentam orientações sobre os cuidados contínuos pela equipe de enfermagem, iniciados na admissão e prolongados até a alta, incluindo avaliação das limitações temporárias e/ou definitivas do paciente e orientação sobre sua responsabilização na prevenção de quedas.

Baris e Intepeler (2019) agregam a necessidade de participação de *stakeholders* (equipe, paciente, família, instituição) na prevenção de quedas, visto que cada componente tem conhecimento, experiência e percepção diferenciada sobre a queda. Assim, cada parte fornece fatores distintos e sugestões enriquecedoras, além de viabilizar a sistematização de dados e de linguagem.

Diante disso, verificaram-se prevalência da similaridade entre as práticas de prevenção de quedas constatadas nos estudos no que tange ao monitoramento constante dos pacientes; revisão de medicamentos; mobilização assistida; educação de profissionais de saúde; ambiente seguro; corresponsabilização do paciente e família na prevenção; imagens com sinal de risco de quedas; e profissionais de saúde, pacientes e familiares integrados (BARIS; INTEPELER, 2019; DYKES et al., 2019; CAMERON et al., 2018; KOBAYASHI, 2018).

Há também a importância de um grupo de trabalho multiprofissional de prevenção de queda para melhorar a qualidade da assistência e o gerenciamento da segurança do paciente pela promoção e prevenção, verificação e análise de indicadores e educação e treinamento para a equipe. Tudo isso para padronizar as ações de prevenção e concretizar o processo de avaliação individual das quedas (KOBAYASHI et al., 2018). Isso desde a internação até a alta hospitalar, e a aprendizagem adquirida fará a diferença no contexto do cuidado domiciliar, seguindo a cascata preventiva e a diminuição do impacto social e financeiro à sociedade no que se refere à prevenção de quedas (CAMERON et al., 2018).

Lipsett e White (2019) inovaram ao utilizar o ciclo PDCA - *Plan* (planejar), *Do* (fazer), *Check* (verificar) e *Act* (agir) para melhorar a comunicação entre a equipe multiprofissional, como ferramenta de prevenção de quedas, implementação de orientação à beira leito com informações sobre mobilidade do paciente e com indicação de que qualquer integrante da equipe acrescente e o modifique de acordo com a necessidade.

Fhon et al. (2016) abordam que as intervenções têm como alvo os fatores de risco verificados pela equipe de enfermagem na avaliação inicial e subsequente, interação da equipe multiprofissional na implementação, objetivando melhorar a prática clínica e a organização da instituição.

Dykes et al. (2009) e Carroll, Dykes e Hurley (2010), autores do *Fall TIPS*, a partir das evidências encontradas nesses estudos, compreenderam que duas condições são necessárias para reduzir as quedas nos hospitais: o plano de atendimento centrado no paciente e o envolvimento de *stakeholders*, que são os atores envolvidos em todo o processo de prevenção de quedas.

Um aspecto a ser observado, segundo Kobayashi et al. (2018), ao avaliarem 212.617 pacientes (2012-2017), é que a queda pode ocorrer em pacientes ortopédicos avaliados como de baixo risco de acordo a Escala de Morse, achado que fortalece a importância de avaliação frequente e que o paciente pode mudar de escore a qualquer momento.

Estudos diversos ampliam o olhar ao analisar que intervenções multifatoriais (medidas universais, uso de alarme e fisioterapia) podem diminuir a incidência de queda em idosos (CAMERON et al., 2018; ABREU et al., 2014; BARIS; INTEPELER, 2019).

Além disso, há necessidade de implementar ferramentas diferenciadas, cíclicas, estudos multicêntricos, randomizados para fundamentar a prática da enfermagem baseada em evidências e metodologias reconhecidas pela comunidade científica global (DYKES et al., 2019; BARIS; INTEPELER, 2019; SILVA et al., 2016; FHON et al., 2016). Pasa et al. (2015) e Reis e Jesus (2015) sugerem que pesquisas futuras sobre quedas tenham amostras significativas, em estudos longitudinais em ambiente hospitalar.

Isso coincide com os achados de Cameron et al. (2018), ao elencarem um baixo nível de evidência dos tópicos pesquisados sobre quedas em idosos, incluindo um índice mínimo de estudos randomizados com duplo ou triplo cegamento, dificultando a prática clínica baseada em evidência forte que respalde a enfermagem.

Dessa forma, as evidências mostram a importância do desenvolvimento de ferramentas de prevenção de quedas com metodologias sistematizadas, claras, concisas e método randomizado para alicerçar a prática clínica efetiva do enfermeiro, que auxilie a tomada de decisão acerca da prevenção e que a segurança do paciente seja justa nas instituições de saúde.

2.3 FALL TIPS: UMA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Tecnologia em Saúde como um componente essencial eficaz dos sistemas de saúde, que deve garantir o acesso equitativo a tecnologias com qualidade, segurança, eficácia e custo-efetividade comprovados, e sua utilização deve estar baseada em evidências científicas de qualidade (WHO, 2007).

A pesquisa científica é o fundamento à construção do conhecimento e o suporte teórico à implementação de tecnologia estratégica, portanto, da inovação, visto que sua realização é crucial para gerar conhecimento e atender aos anseios das políticas públicas e à saúde das pessoas (BRASIL, 2017).

O Programa *Fall TIPS* é composto por um kit de ferramenta que abrange formulários de pré-implementação - *Readiness For Implementation Checklist* e *SWOT Analysis* - assim como outros formulários específicos para a fase de implementação. Eles estão em processo de tradução e adaptação transcultural na versão brasileira pela coordenadora do macroprojeto (em fase de finalização) (GONÇALVES, 2019, no prelo). Os instrumentos estão disponíveis também no site <https://www.falltips.org/>, acessível após preenchimento de formulário e análise dos pesquisadores do programa em Boston.

Desse modo, a necessidade de tradução e adaptação transcultural do Programa *Fall TIPS* para o idioma português é de avaliar sua validade de conteúdo e consistência interna, com vistas a realizar os ajustes necessários à realidade brasileira, seja nas peculiaridades semânticas da língua, adequação aos públicos-alvo e consistência dos instrumentos para utilização nas organizações de saúde do Brasil.

Uma das etapas que compreendem o *Fall TIPS* é a usabilidade clínica em três versões: a informatizada; a usabilidade em papel laminado colorido para apoiar a decisão clínica, incluindo fatores de risco à queda específicos do paciente a intervenções; e a usabilidade de monitor na cabeceira. Contempla também instruções para abordagem ao paciente e familiar, fortalecendo seu engajamento no processo de identificação de riscos para queda, definição das intervenções em conjunto com a equipe de saúde, monitoramento de todo o processo e capacitação das equipes, que devem estar disponibilizadas em ambiente colaborativo (DYKES et al., 2018b; DUCKWORTH et al., 2019).

Dykes et al. (2017) afirmam que o Programa *Fall* TIPS utiliza a tecnologia da informação em saúde para fornecer suporte à decisão clínica, ligando a avaliação de risco à queda às intervenções personalizadas. Dessa forma, ele é validado na prevenção de quedas, que se desenvolve em três etapas: avaliar risco de queda; desenvolver planos personalizados de prevenção de quedas e intervenção baseadas na melhor evidência; e implementação do plano propriamente dito, consistente e concomitantemente às precauções universais (DUCKWORTH et al., 2019).

Dykes et al. (2019) reafirmam a relevância de abordagem diferenciada sobre ferramentas de prevenção de quedas, num processo cíclico de três etapas: realização de uma avaliação de risco, desenvolvimento de um plano de prevenção adaptado ou personalizado e implementação consistentemente de intervenções sob medida, juntamente com estabelecimento de precauções universais contra quedas. Também constataram, em estudo de uma década, diminuição da incidência de quedas quando essas etapas são seguidas consistentemente.

Wachter (2013), ao analisar seis estudos que executam programas inovadores de prevenção de quedas, mostrou que o Programa *Fall* TIPS evidenciou redução da incidência de queda em 50% em relação aos parâmetros anteriores em pacientes idosos ao avaliar o risco de quedas, customizar as intervenções de prevenção ao serviço e ao paciente, promover ações educativas aos pacientes e profissionais de saúde sobre importância e o impacto para ambos ao executar o método.

O Programa *Fall* TIPS contempla intervenções personalizadas de acordo com as peculiaridades (idade, comorbidade, nível de entendimento, medicações em uso, história prévia e aspectos que gerem impacto no plano assistencial customizado) de cada paciente acerca da segurança.

Essas informações coadunam com a premissa de que ensinar os pacientes após finalizar a avaliação e o plano de risco de queda é insuficiente. Isto é primordial ao envolvimento dos pacientes no processo completo de prevenção de quedas nas três fases, que compreendem triagem e avaliação do risco, planejamento de atendimento personalizado e execução consistente do plano (DYKES et al., 2017).

Ressalta-se que é um programa incorporado ao serviço com execuções e aperfeiçoamento contínuo e modelagem de acordo com as especificidades evidenciadas em cada avaliação e em cada serviço (DUCKWORTH et al., 2019;

DYKES et al., 2018a). E assim há engajamento do paciente na execução do plano, essencial para reduzir a incidência de queda hospitalar.

Dessa forma, Wachter (2013) sugere que o *Fall* TIPS é uma ferramenta tecnológica que compõe o denominado kit, caracterizado essencialmente por intervenções padronizadas, aplicadas a todos os pacientes da instituição, a fim de prevenir a queda, direcionada com intervenção customizada a cada indivíduo, comunicação clara e coesa, executada por toda a equipe multiprofissional.

Dykes et al. (2012), num estudo de caso-controle realizado em Boston, evidenciaram que a compreensão da causa de os pacientes caírem, mesmo recebendo intervenção para queda, deve-se ao não seguimento do plano de prevenção de quedas prescrito. Dykes et al. (2009) sinalizam que os pacientes normalmente não acreditam ter o risco de quedas durante o período de internação.

Por outro lado, Dykes et al. (2009) e Carroll, Dykes e Hurley (2010) evidenciam escassez de estudos sobre a eficácia dos programas de prevenção de quedas existentes. E Duckworth et al. (2019) expõem o déficit de pesquisas acerca de protocolos de prevenção de quedas que correlacionem fatores de risco à queda a intervenções baseadas em evidências.

Diante disso, o kit de ferramentas *Fall* TIPS fornece flexibilidade para as instituições se adequarem à realidade institucional para implementação da inovação. Para tanto, devem adaptá-lo à sua realidade, considerando fatores como nível de interesse e perfil da equipe na execução, comunicação efetiva, clara e coesa, suporte para esclarecer dúvidas e influenciar o uso da inovação, suporte tecnológico e das lideranças e situação financeira (DYKES et al., 2009; DUCKWORTH et al., 2019).

O exposto acima fundamenta a relevância da implantação do Programa *Fall* TIPS brasileiro haja vista seu impacto, que resulta na redução da incidência de queda hospitalar, integrando lideranças, equipe multiprofissional, familiares e pacientes, protagonistas em todo o processo.

O Programa *Fall* TIPS é utilizado em 125 hospitais nos EUA, China, Canadá e Taiwan. Ele traz imagens de risco de queda de maneira dinâmica, didática e compreensível para qualquer indivíduo, diferencial considerado eficaz na prevenção de quedas de pacientes em razão do aumento da comunicação de um risco de queda observado, de um ambiente virtual de apoio com disponibilidade de pesquisas sobre a temática nas instituições parceiras, material de cada etapa para ser adaptado à

realidade local e ambiente colaborativo com as melhores evidências (DYKES et al., 2019).

Nessa perspectiva, o *Fall* TIPS é uma ferramenta tecnológica a ser implantada e utilizada nas instituições de saúde, com vistas a minimizar ou zerar os índices de quedas, segundo Dykes et al. (2019), levando em consideração o envolvimento e a responsabilização dos *stakeholders* envolvidos no processo.

2.4 ABORDAGEM AO GESTOR NA TOMADA DE DECISÃO BASEADA NO GERENCIAMENTO DE EVIDÊNCIA

Liderança é a influência exercida sobre uma pessoa ou um grupo de pessoas com a finalidade de alcançar um objetivo ou meta, induzindo-os na direção da melhor forma aos objetivos traçados, estando relacionada com as atribuições, empatia, comunicação, habilidade para resolver problemas, comunicação e influência do líder que a exerce (BUTCHER, 2012; SANTOS et al., 2020).

O Gerenciamento Baseado em Evidências (GBE) é uma abordagem gerencial de tomada de decisão estruturada para resolver problemas com base na melhor evidência disponível acerca da problemática (ROUSSEAU, 2006; SANTOS, 2018; JANATI et al., 2020). Guo et al. (2017) afirmam que o GBE é considerado a melhor prática profissional de gestão pelo fato de suas decisões terem impacto significativo na eficácia da prestação de atendimento ao paciente e no sucesso das organizações de saúde.

Para Pfeffer e Sutton (2006, p. 126), o “Gerenciamento Baseado em Evidências origina-se da premissa de usar melhor e de forma mais plena a lógica e os fatos, o que permite aos líderes desenvolverem melhor seus trabalhos”.

O GBE fundamenta-se na utilização das melhores práticas sobre determinado assunto ou serviço, afastando o empirismo e o comodismo do cotidiano da gestão tradicional, praticando ações de busca, avaliação e redirecionamento contínuo dos processos, objetivando qualidade dos serviços com cientificidade (REIS et al., 2011). Nessa perspectiva, sinaliza-se a importância de os líderes conduzirem e manterem práticas fundamentadas em evidências na área clínica e no gerenciamento das organizações de saúde.

O GBE na enfermagem é caracterizado por empregar a melhor evidência disponível para avaliar estratégias gerenciais, desenvolvimento e melhoria do

desempenho dos serviços de saúde. De maneira similar à Prática Baseada em Evidência (PBE), além da utilização dos resultados de pesquisas, também é importante considerar a experiência pessoal, a opinião de juízes e a expectativa dos usuários (DUFFY et al., 2011), critérios que coadunam com o kit de ferramentas *Fall TIPS*.

O GBE é compreendido como a aplicação consciente, fundamentada do melhor agrupamento de informações disponíveis da solução de determinado problema para orientar a melhor estratégia específica após avaliação crítica (PFEFFER; SUTTON, 2006), auxiliando na reunião de fatos, padrões com o desenvolvimento da expertise, experimentando novas formatações decisórias.

O GBE objetiva instrumentalizar os gestores para uma tomada de decisão consciente com utilização do tipo adequado de evidência que apoie as ações (ANDERMANN, 2012). Isso maximiza a chance de a evidência ser incorporada à rotina de tomada de decisões (LEHMANN; GILSON, 2015).

O GBE é importante para melhorar a qualidade do atendimento e os resultados interventivos do paciente por possibilitar ao profissional de saúde tomar decisões clínicas baseadas nas melhores evidências disponíveis e integrá-las à prática diária (MELNYK et al., 2018; SAUNDERS et al., 2019).

Barends, Rousseau e Briner (2014) ressaltam que o GBE é a base de uma tomada de decisão consciente, explícita e criteriosa das melhores evidências disponíveis. Isso por várias fontes para traduzir a questão ou problema prático em uma pergunta respondível, buscar sistematizá-las, recuperá-las e julgá-las criticamente. Seja em relação à confiabilidade e à relevância, seja reuni-las e incorporá-las ao processo de tomada de decisão, ou avaliá-las no resultado para aumentar a probabilidade de um resultado favorável.

Estudo sugere que "o gerenciamento com base em evidências promete aumentar a eficácia da liderança organizacional, ao mesmo tempo que catalisa novas pesquisas que abordam questões práticas, relevantes e importantes" (WILLIAMS, 2006, p. 244).

Andermann et al. (2016) salientam que há déficit de produção científica que avalia a prática de implementação de inovações. E vencer essa limitação implica a decisão do gestor de mapear as lacunas a serem tratadas e traduzi-las em soluções com evidências em práticas concretas como rotina organizacional (ROSALES et al., 2020). Em suma, o gestor reconhece os entraves da organização e busca a melhor

forma de agir, aperfeiçoada com a prática contínua (BRINER; BARENDTS, 2016; SANTOS, 2018).

De acordo Brigs e McBeath (2009), Pfeffer e Sutton (2006), Melnyk et al. (2018) e Saunders et al. (2019), há três modelos de GBE propostos pela literatura de negócios, enfermagem e gestão de saúde:

1. Processo de cinco etapas que inclui identificar uma questão pesquisável pertencente a um problema, reunir as evidências independentes e relevantes sobre a questão na literatura; e motores de busca; rigor da pesquisa; resumir e organizar as evidências; e como poder utilizá-las na tomada de decisão resolvendo a demanda;
2. A segunda também envolve um processo de cinco etapas que inclui identificar o problema, identificar uma decisão, atribuir pesos aos critérios, desenvolver alternativas, analisar as alternativas, selecionar uma alternativa, a implementar e avaliar a eficácia da decisão na prática;
3. E, por fim, a terceira etapa inclui um programa que envolve quatro estágios: fazer mudanças organizacionais em pequena escala; observar e analisar os efeitos das mudanças gerenciais; agir identificando os pontos positivos e o que deve melhorar; e estudar o processo expandido para a organização. Essa pesquisa se utiliza primariamente das premissas contidas no modelo um, por coadunar com os preceitos conceituais de Plano de Negócio e a dinâmica proposta pelo Programa Fall TIPS.

Nesse sentido, uma estratégia é um plano de negócios, definido por Dolabela (2008) como uma linguagem completa utilizada, que descreve o que é ou a pretensão do que deve ser uma empresa, sendo que sua utilização reduz a taxa de risco do negócio e sustenta a tomada de decisões, e Reis e Armond (2012) reforçam que devem ser identificados os pontos fortes e fracos da proposta realizada no plano.

As funções basilares do Plano de Negócio são:

- a) Avaliar o negócio do ponto de vista mercadológico, técnico, financeiro, jurídico e organizacional;
- b) Avaliar, retrospectivamente, a evolução do empreendimento ao longo da sua implantação, sendo que para cada um dos aspectos definidos no Plano de Negócios o empreendedor poderá comparar o “previsto” com o “realizado”; e

- c) Facilitar ao empreendedor a obtenção do capital de terceiros quando o seu capital próprio não for suficiente para cobrir os investimentos iniciais.

Ao elaborar um Plano de Negócio é primordial um conteúdo, forma e estrutura consistentes para convencer o tomador de decisão de que está diante da melhor opção a ser implementada na organização. Sua estrutura básica apresentada em estudos compreende o objetivo ou proposta de valor com indicadores que evidenciem por que razão é a opção recomendada, expor as oportunidades e viabilidade, mostrar o investimento necessário e a aplicabilidade (CECCONELLO, 2008).

Um plano de negócio consiste num estudo estruturado da viabilidade de futura implantação, inicialmente se analisa o negócio, identificam-se as oportunidades existentes e os riscos inerentes à atividade escolhida. Em seguida, analisa-se o mercado interno (público-alvo, liderança parceira, insumos necessários), posteriormente são estudados os aspectos técnicos do empreendimento (processo de produção, leiaute, localização e outros aspectos da logística do negócio - materiais e insumos necessários) (CECCONELLO, 2008; PAULEK, 2017; FILION; DOLABELA, 2000).

A ideia principal de elaborar um Plano de Negócio está em fornecer um indicador para maximizar os ganhos e minimizar os riscos ao tomador de decisão na gestão da organização (CECCONELLO; 2008).

O plano de negócios frequentemente busca garantir a adesão dos membros do alto escalão com a apresentação de análises de custo-eficácia favoráveis. Essa análise é fundamental à sociedade como um indicador básico e necessário na implementação de uma inovação (SPELLBERG; BARTLETT; GILBERT, 2016).

Orton et al. (2007) referem que plano de negócios é uma ferramenta de aprendizagem que faz as equipes se integrarem e sintetizarem as habilidades e conhecimentos em áreas com fragilidades e fortalezas da instituição, gestão de equipe, avaliação ou criação de dados, planejamento, análise de mercado para programas de saúde pública bem como escreverem e fazerem apresentações. Constata-se que o uso de plano de negócios para tratar de questões em instituições de saúde traz impactos organizacionais reais.

Tendo como referência o aprofundamento conceitual e as maneiras de aplicação do Plano de Negócios, projetou-se um modelo inicial de abordagem ao gestor para implementação de uma inovação no contexto hospitalar com base nesses

pilares, respeitando as peculiaridades do ambiente organizacional da instituição pública, tendo sido utilizada a pesquisa aplicada como sustentação da construção

3 METODOLOGIA

A trajetória metodológica adotada será descrita com os seguintes tópicos: aspectos éticos, delineamento e tipo do estudo contemplando as quatro etapas do estudo e caracterização dos participantes na última etapa, coleta de dados e sua análise.

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

O macroprojeto intitulado “Difusão e adoção de *Fall* TIPS no Brasil: engajamento de pacientes, profissionais e liderança clínica para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar”, foi encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, sob CAAE 25637519.8.0000.0096, aprovado pelo parecer número 3.819.159 (ANEXO 1).

Durante o período da coleta, análise, interpretação, publicação e disseminação da pesquisa, foram respeitados a privacidade e o sigilo das informações, assim como os princípios designados pela Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012).

Os participantes da pesquisa na fase de validação de aparência foram os integrantes da equipe de pesquisa do Projeto *Fall* TIPS Brasil, os quais foram incluídos mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE) após conhecerem os objetivos da pesquisa (APÊNDICE 1).

Concedeu-se a possibilidade de preenchimento do TCLE por assinatura digital, assinatura física digitalizada ou ainda por gravação de voz, conforme deliberação da CONEP, de 09 de maio de 2020 (ANEXO 2). As orientações para assinatura e gravação do áudio foram encaminhadas por e-mail, junto ao link de acesso à plataforma de avaliação.

Os TCLEs assinados estão sob a guarda da pesquisadora principal, armazenados em dispositivo físico, como HD externo, junto aos demais documentos da pesquisa, os quais serão arquivados sob responsabilidade das pesquisadoras por cinco anos após o término do estudo, conforme prazo estabelecido pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 e nº 510/2016.

3.2 DELINEAMENTO E TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa aplicada com a finalidade de elaborar um MAIG para implementar uma inovação na saúde. A pesquisa aplicada tem como escopo adquirir novos conhecimentos com vistas ao desenvolvimento ou aprimoramento de produtos, processos e sistemas (BRASIL, 2006).

Para Leão (2017), a pesquisa aplicada visa a encontrar soluções para necessidades de determinada realidade, ou seja, um teste prático das descobertas teóricas. Prodanov e Freitas (2013) complementam ao elencar, como seu objetivo, gerar conhecimento prático dirigido a problemas específicos para melhoria da qualidade dos processos.

Andrade (2017) aborda que a pesquisa aplicada é motivada por razões de ordem prática, isto é, visa às aplicações práticas com a função de contribuir com a busca de soluções de problemas concretos.

Para Marconi e Lakatos (2017), ela é caracterizada por interesse prático em que os resultados são aplicados e/ou utilizados imediatamente na solução de problemas que ocorrem numa dada realidade. Segundo Gil (2019), abrange estudos com a finalidade de resolver problemas específicos em que vivem os pesquisadores.

A pesquisa aplicada objetiva gerar conhecimentos a serem aplicados na prática dirigida à solução de problemas e objetivos específicos e a ser implementada em curto ou médio prazo. Gil (2019) e Andrade (2017) sinalizam que ela pode resultar na descoberta de princípios científicos que promovam avanços do conhecimento de determinada área do conhecimento.

3.2.1 ETAPAS DA PESQUISA

A pesquisa foi conduzida em quatro etapas: 1) revisão rápida (RR); 2) elaboração do MAIG para implementação da inovação; 3) concepção do produto; e 4) validação de aparência, as quais estão detalhadas a seguir.

A pesquisa compreendeu os seguintes procedimentos em ordem cronológica: definição do objeto de estudo em relação ao macroprojeto de pesquisa, elaboração de RR, elaboração do modelo de abordagem, rodada de validação no grupo de pesquisa, ajustes e relatório final. O modelo gráfico sintetiza os procedimentos da pesquisa (QUADRO 1).

QUADRO 1 - PROCEDIMENTO DA PESQUISA

Etapas	Fluxo Seguido	Amostra/Participante
Revisão Rápida	Cadastro do Protocolo na *OSF Estratégia de busca Critérios de inclusão e exclusão Extração dos dados (dois pesquisadores independentes) Análise das evidências Apresentação dos Resultados	14 Estudos incluídos
Elaboração do Modelo	Análise conceitual de autores diversos sobre Plano de Negócio, GBE e instrumentos de implementação do <i>Fall TIPS</i> .	A pesquisadora
Concepção do Produto	Preenchimento do Modelo com o conteúdo da Inovação <i>Fall TIPS</i> . Subsídio das ferramentas <i>Readiness For Implementation Checklist</i> e <i>SWOT</i>	A pesquisadora
Validação Aparente (6 sessões contendo 31 perguntas)	Plataforma <i>Survey Monkey</i> Validação item a item avaliados quanti-qualitativamente Caso de > que 6 juízes (concordância > 0,78 e se instrumento. 0,8) Comitê de juízes (com cálculo de IVC) Critério de inclusão Envio do link (10 a 15 de junho de 2021) Análise dos dados Grau aceitável de IVC na pesquisa (0,85)	Amostragem Intencional. n= 9 Juízes

Fonte: A autora (2021).

3.2.1.1 Etapa 1 – Revisão rápida

A primeira etapa da pesquisa visou catalogar as evidências da literatura sobre os riscos e benefícios existentes ao implementar a inovação do kit de ferramentas *Fall TIPS*, o que ocorreu por meio de uma Revisão Rápida (RR).

A RR é um método rigoroso, um tipo de revisão sistemática apropriada para ser utilizada diante de perguntas de pesquisa bem delimitadas, assuntos novos ou emergentes de pesquisa, tendo maior usabilidade nos últimos dois anos (CASARIN et al., 2020).

Objetiva sintetizar o conhecimento de forma clara de acordo com critérios de elegibilidade, avaliar e apresentar a síntese dos resultados de forma sistemática. É indicada para fornecer evidências de maneira oportuna e uso racional de recursos, subsidiar tomada de decisão em tempo hábil com síntese de evidências disponíveis com identificação de lacunas que exijam pesquisas adicionais, se necessário (TRICCO; LANGLOIS; STRAUS, 2017). Um exemplo utilizado no Brasil foi o estudo

de Farinasso et al. (2019) com relevância no desenvolvimento da Política Nacional de Medicamentos Biológicos no Sistema Único de Saúde (SUS).

O protocolo de pesquisa da RR foi registrado na plataforma *Open Science Framework* (OSF) e segue exemplificado na FIGURA 2.

FIGURA 2 - FLUXOGRAMA DO PROTOCOLO PARA REVISÃO RÁPIDA



FONTE: Adaptado de Figueredo et al. (2021).

Para elaborar a questão de pesquisa, foi utilizado o acrônimo PCC (População, Conceito e Contexto): População - Estudos que abordam a implementação do *Fall* TIPS; Conceito - Riscos e benefícios ao implementar o *Fall* TIPS na prevenção de quedas; e Contexto - Serviços Hospitalares. E a questão foi “Quais são os riscos e benefícios ao implementar o *Fall* TIPS na prevenção de quedas em serviços hospitalares mapeados na literatura?”.

A estratégia de busca utilizada foi “*Fall Tailoring Interventions for Patient Safety*” OR “*Tailoring Interventions for Patient Safety*” OR “*patient-centered care*” OR “*tailoring interventions for patient safety Fall*” OR “*Patient-Centered Fall Prevention Toolkit*” OR “*Fall TIPS*”) AND (“*Fall prevention*” OR “*acute care*” OR “*evidence based Fall prevention strategies*”) AND (“*hospital*”). E as bases de dados examinadas foram SCOPUS (Elsevier), *Web of Science* (WoS), *Virtual Health Library* (BVS), *Cinahl* e *Medline*.

A extração dos dados foi feita por dois pesquisadores independentes, e um terceiro revisor foi solicitado para os dissensos. A amostra final compreendeu 14 estudos, os quais seguiram para análise. Os resultados foram reportados de acordo os itens de relatório disponível para revisões sistemáticas e extensão de meta-análises (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

[PRISMA] ScR). Os resultados da RR subsidiaram a construção da Etapa 3 na elaboração do produto desta dissertação.

3.2.1.2 Etapa 2 – Elaboração do modelo de abordagem inicial do gestor para implementação da inovação.

A segunda etapa consistiu na elaboração de um modelo de abordagem inicial do Gestor pela adaptação das estratégias de um Plano de Negócios, conceitos de GBE e formulários da etapa de implementação do *Fall* TIPS, visando a propor um modelo em formato simples e objetivo, que apresente ao Gestor informações que favoreçam a tomada de decisão sobre a implementação da inovação na área da saúde.

Para elaboração do modelo, foram analisadas as estruturas propostas por Orton et al. (2007), Dolabela (2008), Cecconello (2008), Fillion e Dolabela (2000), Paulek (2017), Reis e Armond (2012), Spellberg et al. (2016), Brigs e McBeath (2009), Pfeffer e Sutton (2006), Melnyk et al. (2018), Saunders et al. (2019) e os instrumentos de implementação do *Fall* TIPS.

Tendo como respaldo a análise conceitual e teórica visando à elaboração de um modelo inovador, de fácil aplicabilidade e com alcance do objetivo da pesquisa, foram selecionados conteúdos a serem contemplados no modelo e na sequência, elementos e definição de etapas do processo decisório, aplicação e delimitação da disposição gráfica.

Após a elaboração de um modelo, procedeu-se à elaboração do produto desta dissertação, pela aplicação do modelo elaborado, com enfoque para a implementação do kit de ferramentas *Fall* TIPS Brasil, conforme detalhado na Etapa 3.

3.2.1.3 Etapa 3 – Elaboração do produto – Abordagem inicial do gestor para disseminação do *Fall* TIPS Brasil.

Entre as etapas de desenvolvimento do macroprojeto, a etapa de disseminação do *Fall* TIPS Brasil prevê a produção de um kit de ferramentas de divulgação para implementação em hospitais brasileiros.

Dessa forma, esta etapa consistiu no preenchimento do modelo elaborado na Etapa 2, contemplando as evidências obtidas na RR, descritas na Etapa 1 e nos

formulários do *Fall TIPS*, especificamente o “*Fall T.I.P.S. Readiness For Implementation Checklist*” e a *SWOT Analysis Form*.

Em tradução livre, o instrumento *Fall T.I.P.S. Readiness For Implementation Checklist* consiste em uma lista com o objetivo de orientar os *stakeholders* para a implementação do kit de ferramentas *Fall TIPS*. Ele é composto por três perguntas norteadoras, sendo a primeira direcionada ao ponto de partida: o que necessita ser feito para direcionar a implementação da ferramenta em consonância com a missão e valores da organização. A segunda se refere ao processo de comunicação junto aos profissionais para explicar o método e a implantação. E a última pergunta é direcionada às auditorias e se refere ao processo de melhoria contínua e educação contínua dos agentes envolvidos no processo. Tradução livre extraída do site <https://www.falltips.org/> (FALL TIPS, 2021).

O instrumento *SWOT Analysis Form* aplica a ferramenta estratégica SWOT, utilizada para direcionar metas e objetivos, considerando quatro pilares: pontos fortes da equipe, como pode melhorar e qual a vantagem a ser potencializada na implantação da ferramenta; e pontos fracos da equipe/líderes/processo/comunicação da instituição e como minimizá-los.

Assim como as oportunidades que o Programa traz ao serviço e como minimizá-las na melhoria da performance dos indicadores de queda e as ameaças percebidas que podem impedir o uso da ferramenta e como superar as objeções elencadas na aplicação da SWOT.

Essa etapa da elaboração do produto fundamentou-se nas evidências encontradas na RR sobre os riscos e benefícios da implementação da inovação descritos na literatura e compõe um dos elementos no infográfico.

Após o preenchimento do modelo, procedeu-se à validação aparente do infográfico composto de três fases. A fase é denominada Apresentação (o que é a inovação, objetivo e aplicabilidade); a fase dois, Fluxo de Processo Decisório para implementação da inovação (preenchimento do Modelo de abordagem inicial do Gestor com os oito elementos); e, por fim, a fase três, Observações (resultado da Revisão rápida com os Benefícios e Risco ao implantar a Inovação *Fall TIPS* e os formulários nativos do Programa *Fall TIPS* em processo de Tradução e Adaptação - *Fall T.I.P.S. Readiness For Implementation checklist* e *Swot* - em anexo).

3.2.1.4 Etapa 4 – Validação de aparência

A validade do conteúdo é uma etapa essencial no desenvolvimento de novas medidas de dispositivos por representar um passo primitivo que associa conceitos teóricos com indicadores observáveis e mensuráveis (WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Utiliza do mecanismo de análise do nível de concordância entre juízes ou especialistas no assunto, de forma global, do instrumento individualizado item a item por meio de uma escala numérica de *Likert*, que quantifica de um a quatro (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A validade do conteúdo foi alcançada com base na avaliação item a item do questionário, que foi analisado de forma quantitativa e qualitativa. A análise seguiu as recomendações da literatura no contexto da relevância da proposta no âmbito da inovação, assim como no que concerne aos aspectos da aparência, significado, conceitos e aplicabilidade (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

De acordo Beck (2006), Fontanella, Ricas e Turato (2008), a taxa de concordância está vinculada ao quantitativo de juízes: se for menor ou igual a cinco, deve ser unânime (100%); se for superior a seis, é aconselhável uma taxa acima de 0,78 (POLIT; BECK, 2006; LYNN, 1986); e se for avaliação de instrumentos, o mínimo recomendável é 0,80 (DAVIS, 1992; GRANT; DAVIS, 1997).

A validação de aparência foi feita mediante avaliação por um comitê de juízes, com cálculo do Índice de validade de conteúdo (IVC). A seleção dos juízes seguiu a abordagem intencional probabilística, quando todos os componentes do universo têm uma probabilidade conhecida e diferente de zero de vir a integrar a amostra, sendo caracterizada principalmente pelo requisito do conhecimento prévio de todos os elementos do universo, assim como pela vantagem de garantir a representatividade da amostra (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; SANTOS, 2020).

Nessa etapa, os juízes foram selecionados intencionalmente, tendo sido incluídos integrantes do Grupo de Pesquisa do *Fall* TIPS Brasil. O interesse do pesquisador na conformação desse tipo de amostragem não é a expressividade numérica, mas, sim, a opinião desse grupo de especialistas que compartilham elementos em comum, como a expertise na temática (MARCONI; LAKATOS, 2002).

O convite aos participantes ocorreu mediante contato via e-mail institucional, disparado aos integrantes do grupo de pesquisa do *Fall* TIPS Brasil pela pesquisadora

responsável pelo macroprojeto intitulado “Difusão e adoção do *Fall* TIPS no Brasil: engajamento de pacientes, profissionais e liderança clínica para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar”.

O conteúdo do e-mail de divulgação continha o link do questionário da pesquisa de validação de aparência do Infográfico da Abordagem inicial ao Gestor à coordenação (FIGURA 3).

FIGURA 3 - ENVIO DE LINK DO QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

[Pesquisa Mestrado] Avaliação aparente da abordagem inicial ao gestor para implementação de inovação

Olá, Prof.ª Luciana.

Tudo bem, desejo que sim.

Conforme combinado com a Prof.ª Karla, segue o link da pesquisa de avaliação aparece do Infográfico da Abordagem inicial a ser encaminhado aos integrantes do Grupo de Pesquisadora do *Fall TIPS* Brasil.

A pesquisa tem o **objetivo primário** de elaborar um modelo de abordagem inicial ao gestor para disseminação do *Fall TIPS* em Hospitais I

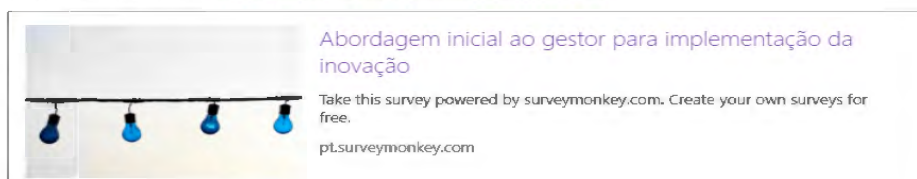
O questionário contém seis seções contendo 31 questões no total.

O **tempo médio** de preenchimento do questionário são 20 a 35 minutos minutos.

As respostas ficam salvas automaticamente, caso necessite interromper o preenchimento e retornar posteriormente.

Solicito que responda até o dia 14 de junho de 2021.

Link da pesquisa pesquisa: <https://pt.surveymonkey.com/r/modelodeabordagem>



FONTE: Print de tela extraído da plataforma de e-mail (2021).

Foi conduzida uma rodada da Técnica *Delphi online*, objetivando alcançar a concordância acerca dos elementos: cor, fonte do texto, conteúdo e layout da abordagem inicial ao Gestor de Saúde para implementação do *Fall* TIPS Brasil. O conteúdo está disposto no Infográfico.

De acordo com Grisham (2009) e Marques e Freitas (2018), a Técnica *Delphi* abrange os seguintes passos: escolha do grupo de juízes; construção do questionário; primeiro contato com os juízes e convite para participação na pesquisa; envio do questionário; recebimento das respostas ao questionário; análise qualitativa e quantitativa das respostas; e adequações e relatório final.

Nesta pesquisa, procedeu-se à operacionalização da Técnica *Delphi* conforme as etapas apresentadas na FIGURA 4.

FIGURA 4 - RESUMOS DAS ETAPAS DA VALIDAÇÃO DA ABORDAGEM

Etapas da avaliação aparente da Abordagem

01	Escolha dos Juízes
02	Elaboração do questionário
03	Contato com Coordenação do Grupo de Pesquisa
04	Envio do questionário à Coordenação do Grupo de Pesquisa. E encaminhado para juízes
05	Retorno das respostas do questionário
06	Análise das respostas
07	Relatório Final

FONTE: A autora (2021).

O quantitativo de juízes que participaram da pesquisa foi $n = 9$. Utilizou-se a plataforma *Survey Monkey®* na condução da rodada de validação aparente para envio do questionário para os juízes responderem contendo 31 perguntas, divididas em 6 seções (APÊNDICE 2).

O questionário foi dividido em seis seções: 1º) Texto de boas-vindas com descrição sucinta da pesquisa; 2º) Consentimento pós-esclarecido; 3º) Orientações Gerais para responder à pesquisa; 4º) Dados profissionais; 5º) Proposições sobre cor, fonte da letra, leiaute e conteúdo da abordagem contida no infográfico; e 6º) agradecimento pela participação.

Na seção 1, foi oferecido um hiperlink do arquivo apenas para leitura, disponível no aplicativo de armazenamento em nuvem *Google Drive®*, contendo o fluxo da pesquisa; na Seção 2, o *Link* do TCLE armazenado no *Google Drive®* e três itens referentes (concordância em participar da pesquisa); na Seção 3, Orientações gerais para responder à pesquisa, detalhamento do formato da avaliação com a seguinte lógica: não adequado, 1 coração; pouco adequado, 2 corações; consideravelmente adequado, 3 corações; e muito adequado, 4 corações. E ao ser classificado com 1 e 2 corações, devem ser apontados os pontos a serem aperfeiçoados. E especificou-se o tempo médio de preenchimento dos itens pelos juízes. A seção 4 contém dados profissionais contemplados com as questões: 1) quais as iniciais do seu nome; 2) qual o seu sexo; 3) qual sua maior titulação; 4) qual sua profissão; 5) quanto tempo você tem de formado(a). A seção 5, com formato de

múltiplas escolhas, contém 22 perguntas, cada uma contendo um campo de caixa de texto único, o que possibilitou aos juízes escrever sugestões quando a avaliação do item fosse de 1 e 2 corações (não adequado e pouco adequado, respectivamente). Nesse item, foram avaliados os elementos cor, fonte do texto (letra), leiaute e conteúdo da abordagem, dispostos em formato de infográfico. Disponibilizou-se o *hiperlink* para acesso direto à abordagem completa, recomendou-se realizar o download em nova aba e mantê-lo aberto durante o preenchimento da avaliação, a fim de analisar atentamente cada item das questões. E, por fim, na Seção 6 consta o agradecimento pela participação.

A Seção 5 objetivou o alcance do consenso dos juízes acerca dos aspectos da aparência e, sobretudo, do conteúdo. Cada item avaliado foi numerado conforme exemplo da FIGURA 5, a fim de direcionar a avaliação executada pelos juízes.

FIGURA 5 - EXEMPLO DE PERGUNTA DA SEÇÃO 5

* 9. Você considera o **Layout Completo** da Abordagem do infográfico: 0

Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado

Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 10. Você considera o **Layout** da fase da **APRESENTAÇÃO**: 0

Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado

Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 11. Você considera sobre a **cor do conteúdo** da Fase da **APRESENTAÇÃO**: 0

Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado

FONTE: Print realizado da plataforma Survey Monkey® (2021).

O período de coleta de dados ocorreu entre 10 e 15 de junho de 2021. Após receber as respostas e transcorrido o prazo estipulado, prosseguiu-se com as adequações sugeridas pelos juízes, as quais foram incluídas na versão final do produto apresentado em Resultados (APÊNDICE 3).

A escala *Likert* foi adotada nas questões fechadas de acordo com a classificação de corações definidas inicialmente, da seguinte forma: “Não adequado”, “Pouco adequado”, “Consideravelmente adequado” e “Muito adequado”; seus pesos variando de 1 a 4 (QUADRO 2).

QUADRO 2 - CONVERSÃO DA PONTUAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

CRITÉRIO	PONTUAÇÃO
Não adequado	1
Pouco adequado	2
Consideravelmente adequado	3
Muito adequado	4

FONTE: Adaptado de Silva (2021).

3.3 ANÁLISE DE DADOS

Adotou-se o IVC para análise dos dados e foi feito, para cada item individualmente, o cálculo dos elementos do modelo, incluindo cor, fonte do texto, leiaute e conteúdo para cada um dos itens das equivalências “Não adequado”, “Pouco adequado”, “Consideravelmente adequado” e “Muito adequado”.

A validade de aparência e de conteúdo do modelo foi calculada pelo IVC (FIGURA 6), o qual indica a concordância dos especialistas sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

FIGURA 6 - FÓRMULA DE CÁLCULO DO IVC

$$IVC = \frac{\text{Números de respostas } 3 \text{ ou } 4}{\text{Número total de respostas}}$$

FONTE: A autora (2021).

Wynd, Schmidt e Schaefer (2003) reiteram a avaliação de conteúdo como ponto básico ao desenvolver inovações por representar o primeiro passo na inserção de conceitos abstratos para indicadores observáveis e mensuráveis.

Lynn (1986) e Pasquali (2004) têm exposto a validade de conteúdo como um processo de julgamento que compreende duas partes distintas, a primeira relacionada à elaboração do instrumento e a segunda relacionada à avaliação analítica pelos especialistas.

Na elaboração dos itens, partiu-se do princípio de definir o constructo de interesse, tendo como respaldo a pesquisa bibliográfica (BURNS; GROVE, 1997; DEVON et al., 2007).

No que se refere à interpretação da representatividade do índice de concordância, nesta pesquisa foi adotado o critério proposto por Lynn (1986), segundo o qual, IVC 0,75 demanda revisão instantânea da questão, e os itens que receberem "1" ou "2" devem ser revisados ou eliminados.

Em vista disso, foi estimado como grau aceitável à validação aparente da abordagem inicial ao gestor na implementação do Programa *Fall* TIPS Brasil o índice de IVC $\geq 0,85$, com base em Castro e Resende (2009), que aplicaram a concordância de 0,5 e 0,8 como a mais apropriada.

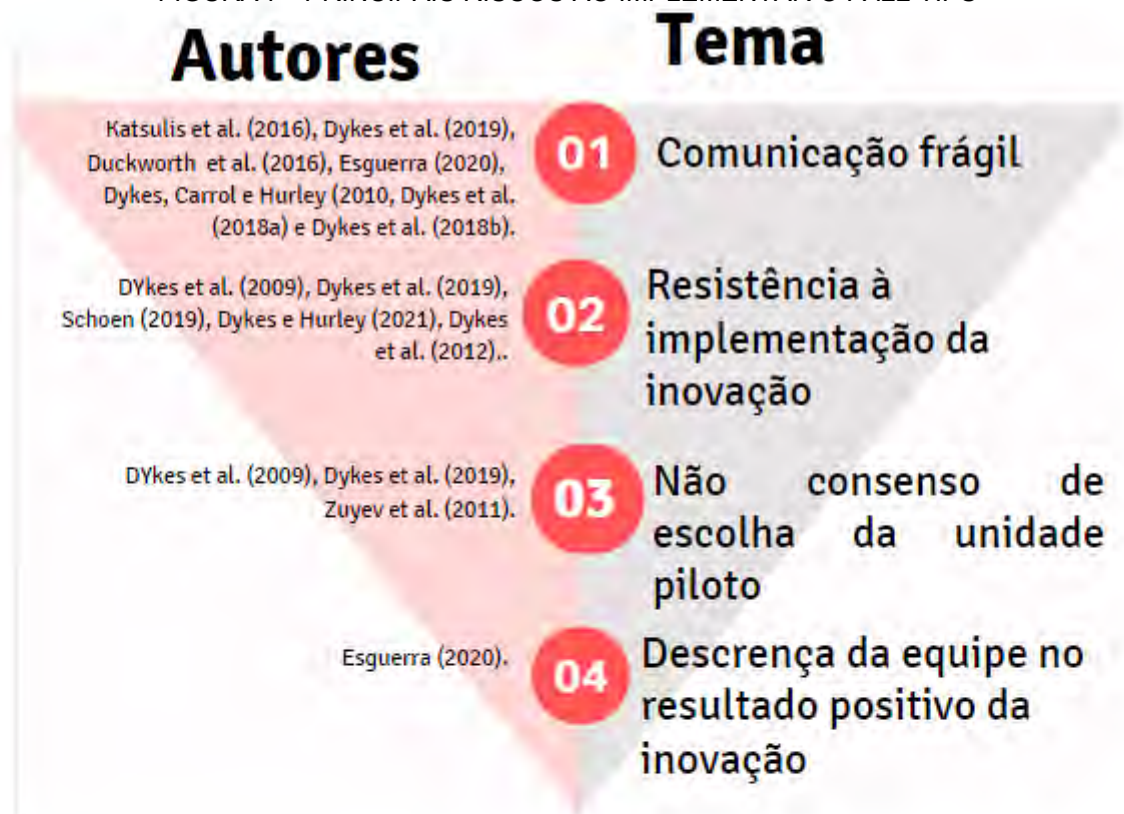
4 RESULTADOS

Os resultados expostos neste capítulo foram provenientes da RR, da elaboração do modelo gráfico (infográfico) da abordagem inicial ao gestor na implementação de uma inovação em saúde, da produção e validação da abordagem através do consenso entre os juízes.

4.1 ETAPA 1 - BENEFÍCIOS E RISCOS DO USO DA IMPLEMENTAÇÃO DO *FALL* TIPS

Os riscos ao implementar o *Fall* TIPS catalogados a partir da RR encontram-se na FIGURA 7.

FIGURA 7 - PRINCIPAIS RISCOS AO IMPLEMENTAR O *FALL* TIPS



FONTE: A autora (2021).

Os estudos incluídos abordaram os riscos de um processo comunicativo ineficaz entre equipe e paciente sobre os fatores de risco, o plano de intervenção indisponível, perpassando por dissonância entre o risco de queda registrado e a realidade do paciente, dúvida quando aplicada a mesma intervenção para problemas

diferentes, e impasses entre lideranças de alto escalão e de unidades e a falta de expectativa do resultado positivo da implementação do programa.

Outros riscos revelados pela literatura acerca da implementação da inovação foram a vulnerabilidade do processo de comunicação e *feedback*, bem como a equipe em dúvida se a inovação traz resultados positivos à realidade local. E também incredulidade na efetividade, assim como resistência na mudança de prática e comportamental na execução das atividades diárias mesmo diante resultados satisfatórios comprovados por evidências científicas (ZUYEV et al., 2011; SCHOEN, 2019; DYKES et al., 2020; DYKES et al., 2017; DYKES et al., 2019; DYKES; HURLEY, 2021; ESGUERRA, 2020; DYKES et al., 2018a; DYKES et al., 2018b).

No que tange aos principais benefícios, destacou-se a instituição seguir as orientações desde o início do processo de implementação, com o envolvimento ativo das lideranças e o apoio dos colaboradores da linha de frente mediante parcerias. Esses benefícios têm papel relevante na influência positiva nos demais membros da equipe, influenciando na participação da equipe multiprofissional, família e paciente na implementação de cada etapa, por meio de *design* iterativo², educação continuada dos envolvidos e melhoria da assistência prestada, comprovada pela redução de quedas e lesões por quedas (DYKES et al., 2017; DYKES et al., 2019; DYKES; HURLEY, 2021; ESGUERRA, 2020; DYKES et al., 2018a; DYKES et al., 2018b; DYKES et al., 2009; DYKES et al., 2020).

Demais benefícios foram apontados como intervenção personalizada e condizente com a avaliação do risco, incluindo a participação efetiva do paciente no processo das três fases clínicas (avaliação do risco, planejamento da intervenção baseada em evidência e execução do plano elaborado), ser utilizado em mais de 125 instituições mundiais, adaptabilidade à realidade local, valorizando a experiência do profissional, e apoio à tomada de decisão. E o treinamento constante maximiza a disseminação do programa, envolvendo o apoio de lideranças e de comitês de prevenção de quedas, que ampliam a adesão ao programa.

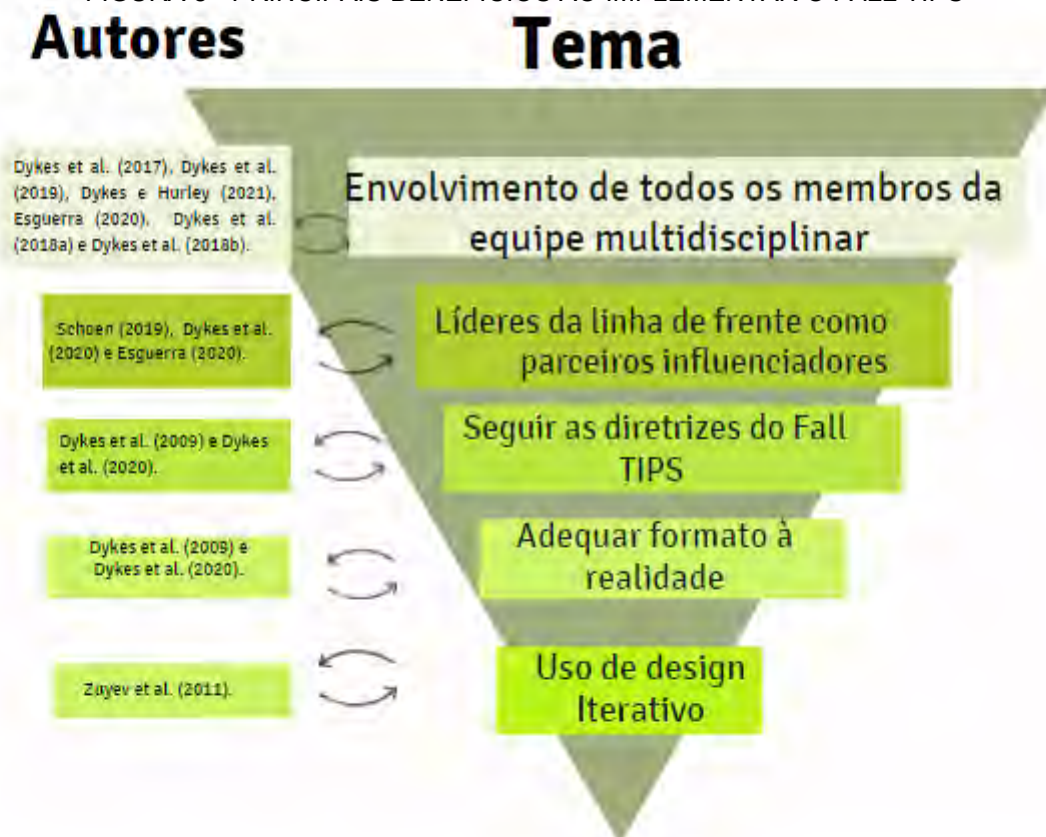
Foi evidenciado também o uso de abordagem iterativa na validação dos ícones da versão laminada do kit de ferramentas do Programa *Fall* TIPS, o qual compreendeu a abordagem centrada no paciente e a aplicação da Teoria de Rogers.

² Design ITERATIVO - Elaborar um produto baseado na experiência do usuário.

As intervenções do risco de queda foram adaptadas conforme avaliação e validação de construtos do *Fall TIPS* como prerrogativas na implantação, utilizando da iteratividade (ZUYEV et al., 2011).

Salienta-se que uma única queda pode resultar em medo de cair, podendo desencadear impacto psicológico, com consequente mobilidade reduzida, levando à perda de função e ao risco elevado de quedas (DYKES et al., 2009), podendo impactar pacientes, familiares e profissionais de saúde (DYKES et al., 2009; DYKES et al., 2020). A FIGURA 8 elenca, de maneira sintética, os benefícios ao implementar o *Fall TIPS*.

FIGURA 8 - PRINCIPAIS BENEFÍCIOS AO IMPLEMENTAR O *FALL TIPS*



FONTE: A autora (2021).

Foi observada relevância de comunicação efetiva entre liderança e demais membros da instituição, de forma bidirecional, aplicada em todos os processos, no caso específico deste estudo, na implementação de uma inovação. E a clareza de planejamento com base em evidência, definições claras da trajetória a ser percorrida para minimizar os desafios (KATSULIS et al., 2016; DYKES et al., 2019; DUCKWORTH et al., 2016).

São necessárias também escuta ativa e avaliação de métricas com melhoria contínua (ESGUERRA, 2020).

4.2 ETAPA 2 - ESTRATÉGIAS PARA ELABORAÇÃO DO MODELO DE ABORDAGEM AO GESTOR

A versão do modelo gráfico, APÊNDICE 4, contempla as etapas descritas passo a passo com os procedimentos a serem executados para a elaboração do MAIG, ao implementar uma inovação. Na FIGURA 9, estão dispostas as fases que constituem a base do modelo.

FIGURA 9 - FASES DO MODELO
FASES DO MODELO



FONTE: A autora (2021).

Para a elaboração do modelo gráfico no formato de infográfico, no título utilizou-se a fonte *archivo black* com cor marrom clara e fundo com tons e sobretons verdes. E no subtítulo, utilizou-se a fonte *montserrat semi-bold*, tamanho 15.

No que concerne aos títulos de cada fase, utilizou-se a fonte *montserrat semi-bold*, tamanho 15, com o nome na cor preta e o número indicativo da fase em verde e, no descritivo das fases, utilizou-se a fonte *signika* de cor preta em fundo branco, assim como uma imagem que representasse visualmente a fase.

O leiaute das fases objetivou transmitir a concepção de que elas se sucedem em sequência uma da outra, e a segunda fase, fluxo de processo decisório para implementação da inovação, é a base do modelo da abordagem composta por oito elementos fundamentais a serem observados e efetivados.

Especialmente a fase 2 teve modificada a cor do círculo do modelo de abordagem ao gestor, tamanho da fonte, a fim de harmonizar e clarificar visualmente, ou seja, evitar poluição visual.

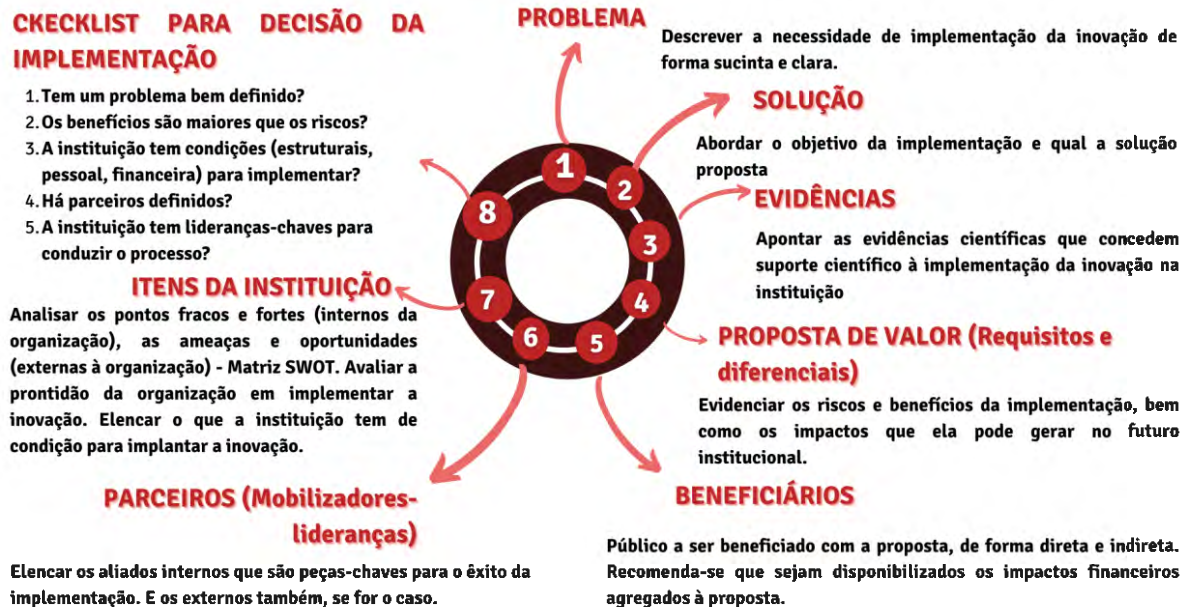
A fase 3, observações, foi criada para possibilitar a inserção de ferramentas, instrumentos que facilitem a implementação do modelo, evidenciado após a finalização do preenchimento modelo de abordagem para a tomada de decisão do gestor. Essas recomendações se basearam no rigor da construção e na evidência científica sobre os passos necessários para a elaboração de um modelo com base no plano de negócio e GBE, além da elaboração e aplicação de um questionário de validação de aparência e conteúdo do modelo aplicado em uma inovação - kit de ferramentas *Fall* TIPS Brasil, disposto na Etapa 4.

A primeira fase, apresentação, é constituída de saudação ao gestor, explanação direcionada do objetivo e contextualização da inovação. A fase Fluxo de Processo Decisório para implementação da inovação é constituída pelo fluxo propriamente dito e pelo modelo integrado por oito elementos (FIGURA 10). E, por fim, a fase observações é formada por informações, dados, ferramentas e instrumentos relevantes para a inovação e/ou para o fluxo decisório.

Até a elaboração desta versão final, foram testados vários formatos a fim de atingir o objetivo de um modelo moderno, objetivo, simples na forma de apresentação e robusto no seu conteúdo, ou seja, que contivesse os elementos essenciais para o gestor na tomada da decisão com rapidez, assertividade e evidência científica.

Por isso, optou-se pelo infográfico como uma linguagem científica informal, contendo as fases, as quais devem ser seguidas até a tomada de decisão pelo gestor, além de coadunar com o momento atual em que se necessita optar por tecnologia simples de manusear e por profundidade na proposta de solução.

FIGURA 10 - ELEMENTOS DO MODELO DO FLUXO DECISÓRIO (FASE 2)
MODELO DE ABORDAGEM INICIAL AO GESTOR



FONTE: Adaptado de Orton et al. (2007), Dolabela (2008), Cecconello (2008), Filion e Dolabela (2000), Paulek (2017), Reis e Armond (2012), Spellberg et al. (2016), Brigs e McBeath (2009), Pfeffer e Sutton (2006), Melnyk et al. (2018) e Saunders et al. (2019).

O MAIG para implementação da inovação é caracterizado como uma ferramenta prática e acessível que apresenta ao tomador de decisão uma compreensão facilitada do que se trata, para que serve, por que razão é uma opção recomendada e como pode ser implementada na instituição.

Por isso, essa produção intelectual será registrada na Câmara Brasileira do Livro para que possa ser adaptada a outros tipos e formatos de inovação e empregada nas instituições brasileiras.

O modelo é apresentado de maneira objetiva e direcionada, contendo componentes escritos, visuais e científicos, com base no Plano de Negócio e no GBE, para que o Gestor tenha acesso claro e consistente para a tomada de decisão (FIGURA 11).

FIGURA 11 - MODELO DE ABORDAGEM INICIAL AO GESTOR



FONTE: A autora (2021)

4.3 ETAPA 3 - ELABORAÇÃO DO PRODUTO

A etapa de elaboração do produto diz respeito à aplicação do modelo concebido na etapa 2 para a inovação *Fall* TIPS Brasil (FIGURA 12) e no APÊNDICE 3.

FONTE: A autora (2021).

Nessa Etapa 3, foram seguidos o uso da fonte do título, fases e descritivo das fases descritas na etapa 2, assim como as cores do infográfico, mas a imagem da fase de apresentação foi mudada para personalizar a abordagem.

A Etapa 3 do MAIG é a aplicabilidade do modelo no cenário de implementação do kit de ferramentas *Fall* TIPS Brasil, instante em que primeiro fez o preenchimento de todas as etapas do modelo, seguindo rigorosamente o que estava descrito. Na fase de apresentação, foi elaborada uma mensagem inicial de abordagem ao gestor informal, seguida de uma explanação sucinta da opção do formato do infográfico, mostrando também evidências científicas de instituições que já aplicaram a inovação do Programa *Fall* TIPS no mundo. Houve modificação na escrita dessa etapa, acatando sugestão dos juízes feita na Etapa 4, conforme as FIGURAS 13 e 14, referentes a antes da validação pelos juízes e a depois da validação.

FIGURA 13 - ANTES DA VALIDAÇÃO PELO JUÍZES



FONTE: *Print da abordagem* (2021).

FIGURA 14 - DEPOIS DA VALIDAÇÃO



FONTE: *Print da abordagem* (2021).

Isso foi feito no sentido de fornecer subsídios científicos iniciais que estimulem o gestor a seguir a leitura da próxima fase, assim como clarificar os objetivos e justificativas do uso da implementação na sua instituição.

A Etapa 2 do MAIG, fluxo de processo decisório para implementação da inovação, compõe um descritivo detalhado do passo a passo a ser percorrido pelo gestor até a tomada de decisão. Aqui contém um fluxo da abordagem com oito elementos descritos de forma direta, clara, objetiva e com evidências científicas: 1)

Problema a ser resolvido na instituição - Ocorrência do Evento Adverso “queda” em pacientes hospitalizados; 2) Solução sugerida (Implantar o Programa *Fall TIPS* de prevenção de quedas centrado no paciente, o qual já tem resultados com eficácia comprovada na redução de até 25% da incidência de quedas em mais de 125 países do mundo); 3) Evidências científicas que esclarecem ao gestor os dados sobre a vantagem de implementar o kit de ferramenta *Fall TIPS* Brasil; 4) Proposta de valor (requisitos e diferenciais), o que essa inovação tem de singular quando comparada com outros programas de prevenção de quedas?; 5) Beneficiários indiretos e indiretos; 6) Parceiros (mobilizadores-lideranças), foram elencados os internos e externos; 7) Itens que a instituição precisa desenvolver para uma tomada de decisão assertiva na implementação do Programa *Fall TIPS* Brasil; e 8) Checklist para decisão da implementação contendo 5 perguntas para confirmar que seguiu a sequência indicada pelo fluxo. Ocorreram mudanças na escrita, cor, formato das disposições da referência, tamanho da fonte dessa etapa, seguindo as considerações feitas pelos juízes feitas na Etapa 4. As FIGURAS 15 e 16 mostram o antes e depois da validação pelos Juízes da Fase 2 do Infográfico (MAIG).

FIGURA 15 - ANTES DA VALIDAÇÃO PELOS JUÍZES DA FASE 2 DO INFOGRÁFICO



FONTE: Print da abordagem (2021).

FIGURA 16 - DEPOIS DA VALIDAÇÃO PELOS JUÍZES DA FASE 2 DO INFOGRÁFICO

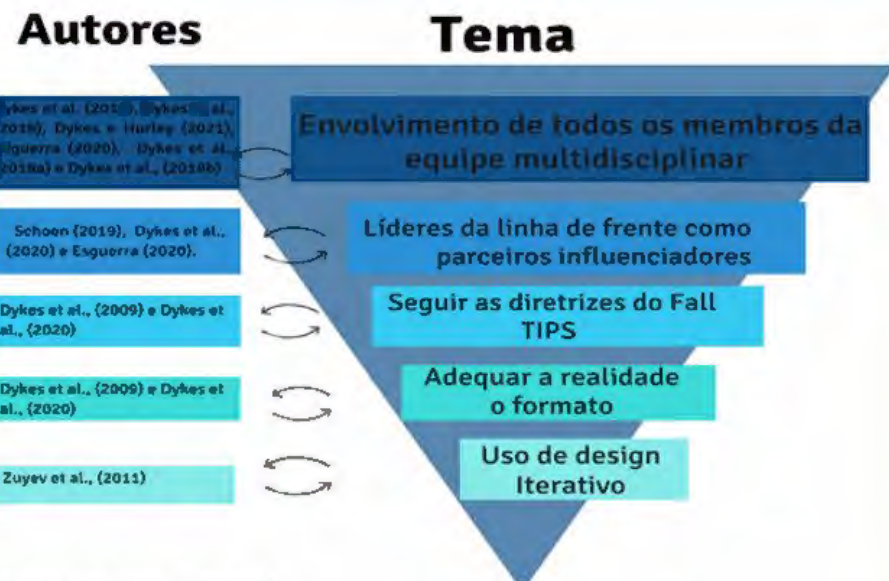


FONTE: Print da abordagem (2021)

E a Fase 3, observações, engloba os principais riscos e benefícios ao implementar a inovação do Programa *Fall* TIPS Brasil, elaborados segundo uma RR feita pela pesquisadora, assim como os instrumentos da SWOT e do *Fall T.I.P.S. Readiness For Implementation checklist*, a serem aplicados nessa fase final do processo de decisão do gestor. Foram feitas alterações no formato da disposição dos autores nas figuras, mudança na cor da FIGURA 2 dos benefícios e na escrita do conteúdo de acordo com a proposição dos juízes feita na Etapa 4. As FIGURAS 17 e 18 exibem o antes e o depois da validação pelos Juízes da Fase 3 do Infográfico (MAIG).

FIGURA 17 - ANTES DA VALIDAÇÃO PELOS JUÍZES DA FASE 3 DO INFOGRÁFICO

FIGURA 2: Benefícios da Implementação do Fall TIPS evidenciados na literatura



Fonte: A autora (2021).

FONTE: Print da abordagem (2021).

FIGURA 18 - DEPOIS DA VALIDAÇÃO PELOS JUÍZES DA FASE 3 DO INFOGRÁFICO

FIGURA 2: Benefícios da Implementação do Fall TIPS evidenciados na literatura



Fonte: A autora (2021).

*Design ITERATIVO - Elaborar um produto baseado na experiência do usuário.

FONTE: Print da abordagem (2021).

Para a aplicação do MAIG, foi necessário fazer uma RR objetivando buscar evidências científicas dos riscos e benefícios na implantação da inovação, bem como na disposição das ferramentas peculiares do Programa *Fall* TIPS, as quais eram pertinentes à Fase 3 - Observações.

Houve um processo de validação pelos integrantes do grupo de pesquisa do *Fall* TIPS Brasil acerca dos elementos cor, fonte do texto, conteúdo e leiaute do MAIG empregados ao Programa do kit de ferramentas.

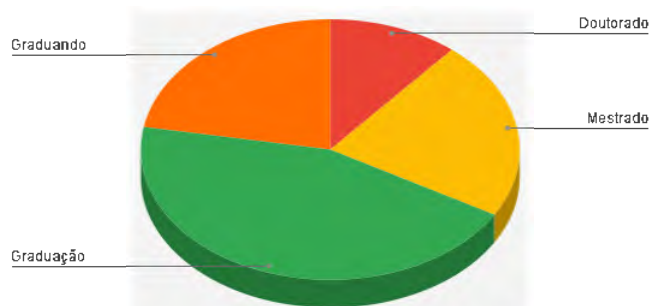
4.4 ETAPA 4 - VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA

O quantitativo de juízes que participaram da pesquisa foi $n = 9$. Em relação ao perfil dos juízes, houve preponderância do sexo feminino, $n = 8$ (88,89%). Quanto à titulação (GRÁFICO 1), predominou o grau de graduação, $n = 4$ (44,44%), seguido por mestrado e graduando, ambos com $n = 4$ (22,22%), e doutorado, $n = 1$ (11,11%).

No que concerne ao tempo de formação dos profissionais, predominou a faixa de 5 a 13 anos de formação, 4 (44,44%), profissionais na faixa de 18 a 23 anos de exercício profissional, 33,33%, e dois (22,22%) graduandos.

Cada fase do modelo foi elaborada respeitando sua peculiaridade de forma a evidenciar o aprofundamento na implementação composta com requisitos basilares que facilitam e dinamizam a leitura do modelo. O cerne é a fase 2, em que há um fluxo decisório contendo oito elementos que delineiam o percurso que a implementação percorre, assim como as ferramentas de suporte que envolvem a escolha minuciosa das cores, imagem, posicionamento de cada elemento, linguagem e suas interconexões internas para criar um encadeamento no modelo.

GRÁFICO 1 - TITULAÇÃO DOS JUÍZES



FONTE: A autora (2021).

São apresentados em seguida os resultados relacionados às avaliações das questões da abordagem inicial ao gestor na implementação do *Fall* TIPS Brasil.

Em relação a todas as questões (9-13) pertencentes à seção avaliação dos elementos cor, fonte da letra, leiaute e conteúdo do infográfico, da fase de apresentação, houve consenso na avaliação entre os juízes (TABELA 1).

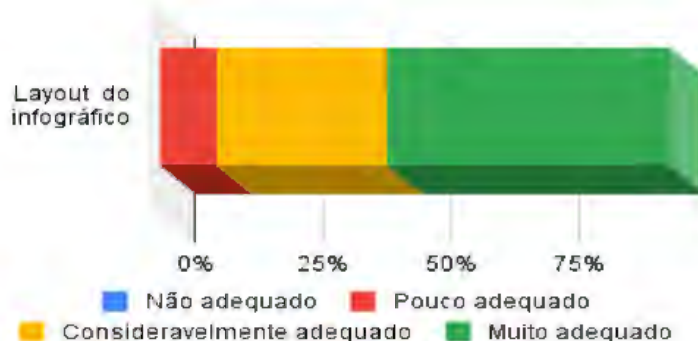
TABELA 1 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DA AVALIAÇÃO DOS ELEMENTOS COR, FONTE DA LETRA, LEIAUTE E CONTEÚDO DO INFOGRÁFICO (FASE 1)

Escores de avaliação	Não adequado		Pouco adequado		Consideravelmente adequado		Muito adequado		n	IVC
Leiaute Completo da Abordagem do infográfico	0,00%	0	11,11%	1	33,33%	3	55,56%	5	9	88,89%
Leiaute da fase da apresentação	0,00%	0	0,00%	0	55,56%	5	44,44%	4	9	100,00%
Cor do conteúdo da fase da apresentação	0,00%	0	11,11%	1	44,44%	4	44,44%	4	9	88,89%
Fonte do texto (letra) do conteúdo da fase de apresentação	0,00%	0	0,00%	0	66,67%	6	33,33%	3	9	100,00%
Conteúdo da fase de apresentação	0,00%	0	11,11%	1	33,33%	3	55,56%	5	9	88,89%

FONTE: A autora (2021).

O infográfico é composto por 3 Fases, a primeira é de apresentação, seguida do Fluxo de processo decisório para implementação da inovação e, por fim, a fase observações, tendo obtido avaliação de n=9, com IVC de 88,89%. O GRÁFICO 2 sintetiza o elemento abordagem completa do infográfico quando 11% dos juízes avaliam como pouco adequado, 33%, como consideravelmente adequado, e 56%, como muito adequado.

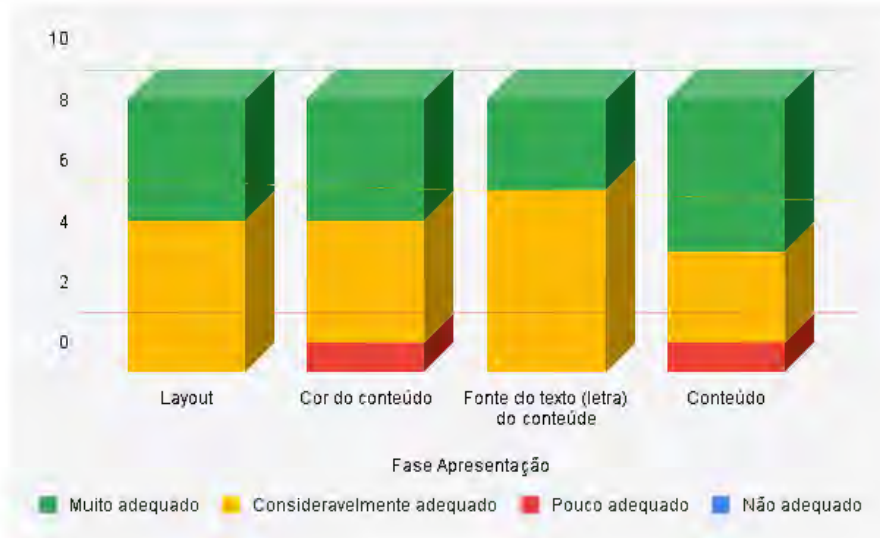
GRÁFICO 2 - LEIAUTE COMPLETO DA ABORDAGEM DO INFOGRÁFICO N=(9)



FONTE: A autora (2021).

A Fase 1 do MAIG, GRÁFICO 3, é denominada apresentação, sendo composta por três questões, tendo havido concordância dos juízes na avaliação, tendo 56% dos avaliadores qualificados como consideravelmente adequado e 44% em muito adequado.

GRÁFICO 3 - AVALIAÇÃO DA FASE DA APRESENTAÇÃO DO INFOGRÁFICO N=(9)



FONTE: A autora (2021).

A TABELA 2 apresenta os resultados relacionados às questões 14-24, pertencentes à seção avaliação dos elementos cor, fonte da letra, leiaute e conteúdo do infográfico da fase fluxo de processo decisório para implementação da inovação. Não houve consenso na avaliação entre os juízes, sendo as sugestões sintetizadas no QUADRO 3.

A questão 16 sobre a fonte do texto (letra) do conteúdo da fase fluxo de processo decisório para implementação da inovação, a questão 17 sobre o conteúdo do elemento 1 (problema) da FIGURA 1 e a questão 20 sobre o conteúdo do elemento

4 (proposta de valor), FIGURA 1, receberam avaliação negativa em relação à fonte do texto (letra) do conteúdo dos elementos 1 e 4, problema e proposta de valor, respectivamente. Essas todas IVC (77,77%), conforme TABELA 2.

Isso ocorreu em virtude da fonte do conteúdo em tamanho diminuído, caracterizando uma escrita condensada que dificultou a leitura e a interpretação do texto. Quanto aos números centrais do fluxo conterem setas da mesma cor, isto dificultava a fluidez visual na avaliação dos participantes. Diante disso, a sugestão foi ampliar a abrangência do problema bem como a padronização da fonte dos elementos da abordagem e dispor as referências no formato de Vancouver para otimizar o espaço.

No que tange aos elementos da fase do Fluxo de processo decisório para implementação da inovação, o leiaute 44% dos juízes ponderaram como “consideravelmente adequado” e 56%, como “muito adequado”. Sobre o elemento cor do conteúdo, 11% dos juízes consideraram “pouco adequado”, 44,5%, “consideravelmente adequado”, e 44,5%, muito adequado. A fonte do texto (letra) do conteúdo e Conteúdo do elemento 1 (Problema), ambos obtiveram 22% “pouco adequado”, 45% “consideravelmente adequado” e 33% “muito adequado”. O conteúdo do elemento 2 (solução), o conteúdo do elemento 3 (evidências) e conteúdo do elemento 8 (checklist para decisão da implementação) obtiveram ponderações semelhantes de 11% “pouco adequado”, 33% “consideravelmente adequado” e 56% “muito adequado”. Já o conteúdo do elemento 4 (proposta de valor) foi qualificado em 22% “como pouco adequado”, 33% “consideravelmente adequado” e 45% “muito adequado”. E o conteúdo do elemento 5 (beneficiários) foi mensurado como 11% ‘pouco adequado’, 45,5% “consideravelmente adequado” e 45,5% “muito adequado”. Na sequência, o conteúdo do elemento 6 (Parceiros) foi avaliado em 33% “consideravelmente adequado” e 67% “muito adequado”. E, por fim, o conteúdo do elemento 7 (itens da instituição) foi avaliado em 11% “pouco adequado”, 33% “consideravelmente adequado” e 56% “muito adequado”.

TABELA 2 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DA AVALIAÇÃO DOS ELEMENTOS COR, FONTE DA LETRA, LEIAUTE E CONTEÚDO DO INFOGRÁFICO (FASE 2)

Escores de avaliação	Não adequado		Pouco adequado		Consideravelmente adequado		Muito adequado		n	IVC
Leiaute da fase do Fluxo de processo decisório para implementação da inovação	0,00%	0	0,00%	0	44,44%	4	55,56%	5	9	100,00%
A cor do conteúdo da Fase do Fluxo de processo decisório para implementação da inovação	0,00%	0	11,11%	1	44,44%	4	44,44%	4	9	88,89%
A fonte do texto (letra) do conteúdo	0,00%	0	22,22%	2	44,44%	4	33,33%	3	9	77,78%
Conteúdo do elemento 1 (Problema)	0,00%	0	22,22%	2	44,44%	4	33,33%	3	9	77,78%
Conteúdo do elemento 2 (solução)	0,00%	0	11,11%	1	33,33%	3	55,56%	5	9	88,89%
Conteúdo do elemento 3 (evidências)	0,00%	0	11,11%	1	33,33%	3	55,56%	5	9	88,89%
Conteúdo do elemento 4 (proposta de valor)	0,00%	0	22,22%	2	33,33%	3	44,44%	4	9	77,78%
Conteúdo do elemento 5 (beneficiários)	0,00%	0	11,11%	1	44,44%	4	44,44%	4	9	88,89%
Conteúdo do elemento 6 (Parceiros)	0,00%	0	0,00%	0	33,33%	3	66,67%	6	9	100,00%
Conteúdo do elemento 7 (itens da instituição)	0,00%	0	11,11%	1	33,33%	3	55,56%	5	9	88,89%
Conteúdo do elemento 8 (checklist para decisão da implementação)	0,00%	0	11,11%	1	33,33%	3	55,56%	5	9	88,89%

FONTE: A autora (2021).

QUADRO 3 - SUGESTÕES DOS ITENS DA FASE FLUXO DE PROCESSO DECISÓRIO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA INOVAÇÃO DO INFOGRÁFICO

(continua)

JUIZ	SUGESTÕES
1	Por se tratar de uma sequência, acredito que seria interesse reduzir o espaço utilizado para destacar o título nos infográficos posteriores ao número 01.
3	A cor do sombreamento em verde do título " <i>FALL TIPS BRASIL</i> ", na minha conclusão, não ficou atrativa.
3	Retirar "olá gestor, como vai", <i>Fall</i> TIPS brasileiro para <i>Fall</i> TIPS Brasil, "em uma revisão rápida"
3	Rever a escolha das cores, pois há escritas em que não foi possível a leitura em razão da cor escura
3	A fonte do conteúdo da Figura 1 está muito pequena. Provavelmente não possibilitará a leitura pelo gestor.
1	A Figura 3 ficou de difícil entendimento, letras muito pequenas e muita escrita condensada, dificultando a leitura e a interpretação
3	Os números do centro do fluxo poderiam ser em cor diferente das flechas para proporcionar melhor efeito visual. Por definição, nem toda queda resulta em evento adverso (causa dano). Não poderia ser "Ocorrência do incidente queda em pacientes hospitalizados" (?)
1	A fonte empregada na exposição do texto da imagem aparentemente diverge da expressa no texto do infográfico. Sugiro seguir a mesma paleta de cores adotada no infográfico.
3	São mesmo mais de 125 países (?). Poderia aumentar a fonte do texto?
3	Extensão do texto e tamanho de fonte. Não daria para usar citação formato Vancouver para ganhar espaço?
3	Proponho mudar "Fortalecer o engajamento na identificação..." para "fortalecimento do engajamento na identificação...". Tal proposta visa a melhorar a concordância com o verbo contemplar, na oração anterior.
1	Grande extensão do texto, tamanho de fonte menor que os números 1 a 3. Não daria para usar citação formato Vancouver para ganhar espaço?
3	Tamanho de fonte menor que os números 1 a 3.
3	Não entendi o que realmente propõe o elemento 7. Precisaria readequar a proposta do elemento 7.
3	Ver possibilidade de aumentar a fonte do texto.
3	As referências poderiam estar dispostas de outra maneira para deixar mais clean o leiaute
1	A cor muito escura dificultou a leitura.
5	A fonte empregada na exposição do texto da imagem aparentemente diverge da expressa no texto do infográfico. Sugiro seguir a mesma paleta de cores adotada no infográfico.
3	Apenas tentar diminuir a diferença de tamanho das letras de autores e observações.

QUADRO 3 - SUGESTÕES DOS ITENS DA FASE FLUXO DE PROCESSO DECISÓRIO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA INOVAÇÃO DO INFOGRÁFICO

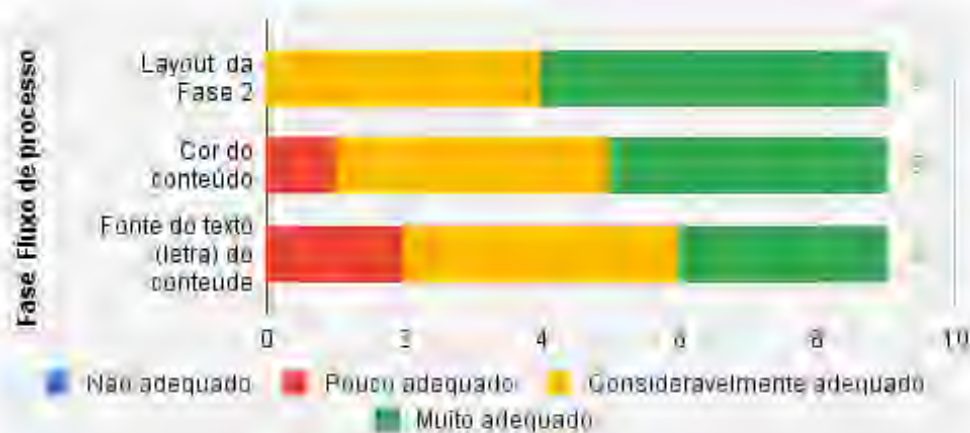
(conclusão)

JUIZ	SUGESTÕES
3	Acho que deixar as referências daquele jeito polui um pouco o leiaute
1	A fonte empregada na exposição do texto da imagem aparentemente diverge da expressa no texto do infográfico. Sugiro seguir a mesma paleta de cores adotada no infográfico.
3	Erro de digitação DYckes1
1	Estranho "Adequar a realidade o formato", não seria adequar o formato à realidade (?)

FONTE: A autora (2021).

A questão 15 referente à “cor do conteúdo” foi ajustada, considerando a recomendação do juiz - mudando para uma cor leve e nítida. A seguir estão dispostos os GRÁFICOS 4 e 5, pertencentes aos demais elementos da fase “Fluxo de processo decisório para implementação da inovação do infográfico”

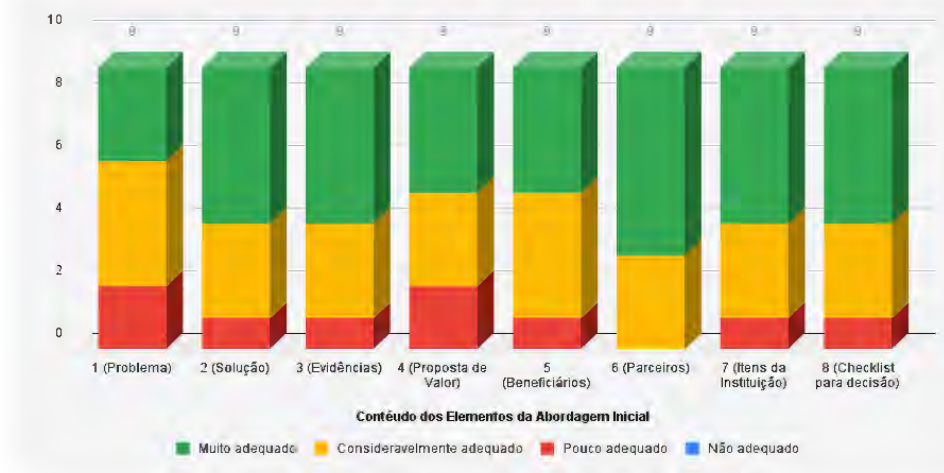
GRÁFICO 4 - AVALIAÇÃO DA FASE FLUXO DE PROCESSO DECISÓRIO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA INOVAÇÃO DO INFOGRÁFICO N=(9)



FONTE: A autora (2021).

Embora a maioria das respostas desta fase tenha sido avaliada como “muito adequada” e “consideravelmente adequada”, houve três elementos com avaliação “pouco adequada”, equivalente a $n=2$ (22,22%). Ressalta-se que, considerando a relação entre a amostra e o valor de referência adotado para o IVC, a concordância não era obtida apenas se quatro juízes não considerassem o componente adequado, que não foi o caso, conforme exposto na TABELA 2.

GRÁFICO 5 - AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS ELEMENTOS (1 A 8) DA FASE FLUXO DE PROCESSO DECISÓRIO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA INOVAÇÃO N=(9)



FONTE: A autora (2021).

A TABELA 3 apresenta os resultados relacionados às questões (25-28), pertencentes à seção avaliação dos elementos cor, fonte da letra, leiaute e conteúdo do infográfico, da fase observações (FIGURA 2) do infográfico. Não houve consenso na avaliação entre os juízes, estando as recomendações resumidas no QUADRO 4.

TABELA 3 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DA AVALIAÇÃO DOS ELEMENTOS COR, FONTE DA LETRA, LEIAUTE E CONTEÚDO DO INFOGRÁFICO (FASE 3) (FIGURA 2)

Escores de avaliação	Não adequado		Pouco adequado		Consideravelmente adequado		Muito adequado		n	IVC
Leiaute da Figura 2 da fase observações	0,00%	0	0,00%	0	44,44%	4	55,56%	5	9	100,00%
Cor do conteúdo da Figura 2 da fase observações	0,00%	0	33,33%	3	22,22%	2	44,44%	4	9	66,67%
a cor da fonte da Figura 2 da fase observações	0,00%	0	0,00%	0	44,44%	4	55,56%	5	9	100,00%
Conteúdo da Figura 2 da fase observações	0,00%	0	0,00%	0	44,44%	4	55,56%	5	9	100,00%

FONTE: A autora (2021).

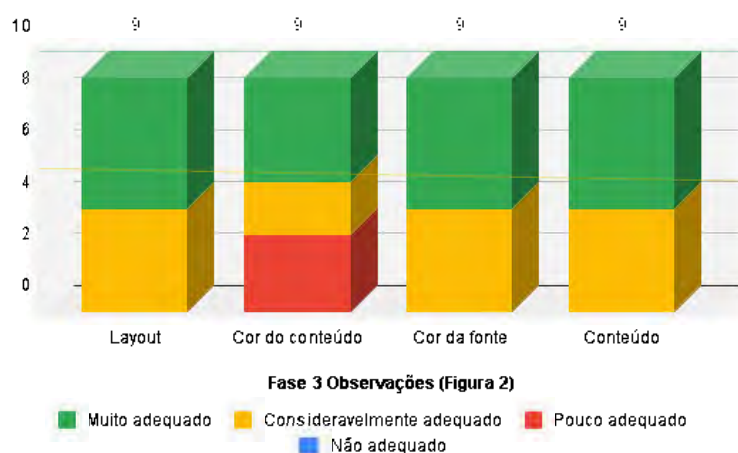
QUADRO 4 - SUGESTÕES DOS ITENS DA FASE OBSERVAÇÕES (FIGURA 2) DO INFOGRÁFICO

JUÍZES	SUGESTÕES
3	As referências poderiam estar dispostas de outra maneira para deixar mais clean o layout
1	Cor muita escura dificultou a leitura
5	A fonte empregada na exposição do texto da imagem aparentemente diverge da expressa no texto do infográfico. Sugiro seguir a mesma paleta de cores adotada no infográfico.
7	Apenas tentar diminuir a diferença de tamanho das letras de autores e observações.

FONTE: A autora (2021).

O GRÁFICO 6, que evidencia a avaliação da Fase 3 (observações), especificamente, a FIGURA 2, atingiu as seguintes avaliações: leiaute, cor da fonte e conteúdo da figura, avaliação de 44% “consideravelmente adequado” e 66% “muito adequado”. E o elemento cor do conteúdo da figura 33% avaliou “pouco adequado”, 22% “consideravelmente adequado” e 45% “muito adequado”

GRÁFICO 6 - AVALIAÇÃO DA FIGURA 2 DA FASE OBSERVAÇÕES N=(9)



FONTE: A autora (2021).

No que concerne aos resultados relacionados às questões 29-31, pertencentes à seção avaliação dos elementos cor, fonte da letra, leiaute e conteúdo do infográfico, da fase observações (FIGURA 3) do infográfico, descritos na TABELA 4, não houve consenso na avaliação entre os juízes, estando as sugestões sintetizadas no QUADRO 5.

A questão 29 na fase observações leiaute da FIGURA 3 é a única com IVC (77,77%), as demais estão com avaliação elevada (TABELA 4).

TABELA 4 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DA AVALIAÇÃO DOS ELEMENTOS COR, FONTE DA LETRA, LEIAUTE E CONTEÚDO DO INFOGRÁFICO (FASE 3) (FIGURA 3)

Escores de avaliação	Não adequado		Pouco adequado		Consideravelmente adequado		Muito adequado		n	IVC
Leiaute da Figura 3 da fase observações	0,00%	0	22,22%	2	22,22%	2	55,56%	5	9	77,78%
Cor da Fonte da Figura 3 da fase observações	0,00%	0	0,00%	0	44,44%	4	55,56%	5	9	100,00%
Conteúdo da Figura 3 da fase observações	0,00%	0	11,11%	1	44,44%	4	44,44%	4	9	88,89%

FONTE: A autora (2021).

QUADRO 5 - SUGESTÕES DOS ITENS DA FASE OBSERVAÇÕES (FIGURA 3) DO INFOGRÁFICO

JUÍZES	SUGESTÕES
5	Acho que deixar as referências daquele jeito polui um pouco o layout
1	A fonte empregada na exposição do texto da imagem aparentemente diverge da expressa no texto do infográfico. Sugiro seguir a mesma paleta de cores adotada no infográfico.
7	Erro de digitação DYckes
3	Estranho "Adequar a realidade o formato" Não seria adequar formato à realidade (?)

FONTE: A autora (2021).

O GRÁFICO 7 refere-se à avaliação da Fase 3 (observações) estritamente. A FIGURA 3 exibe os seguintes resultados do elemento leiaute: 22% “pouco adequado”, 22% “consideravelmente adequado” e 56% “muito adequado”. E relativamente à cor da fonte e ao conteúdo da figura, a análise apontou 44% “consideravelmente adequado” e 56% “muito adequado”, em ambos os elementos.

GRÁFICO 7 - AVALIAÇÃO DA FIGURA 3 DA FASE OBSERVAÇÕES N=(9)



FONTE: A autora (2021).

5 DISCUSSÃO

A elaboração da abordagem inicial do gestor para implementação da inovação de um modelo na disseminação do *Fall* TIPS Brasil fundamentou-se *a priori* na literatura publicada sobre as evidências disponíveis relacionadas aos riscos e benefícios na implantação do Programa através do desenvolvimento da Revisão Rápida (RR), Imersão conceitual sobre Plano de negócios e Gerenciamento Baseado em Evidências.

A RR direcionou o acesso aos principais benefícios na implantação de uma inovação que compreende a participação dos *stakeholders* no processo desde o início, seguir o fluxo que o Programa sugere, reconhecer e empoderar os líderes para influenciar as equipes no processo de adesão (DYKES et al., 2017; DYKES et al., 2019; DYKES; HURLEY, 2021; ESGUERRA 2020; DYKES et al., 2018a; DYKES et al., 2018b; SCHOEN, 2019).

Os achados na literatura coadunam com as vantagens observadas e experimentadas pela pesquisadora como integrante e colaboradora da pesquisa, também em outras etapas do Macroprojeto. Dessa forma, a elaboração de um modelo direcionado à tomada de decisão do gestor, com base em evidência, é um diferencial a ser perseguido na implementação de inovações nas instituições de saúde.

Desse modo, o plano de negócio embasa a construção do MAIG, subsidiando a tomada de decisão na implementação de uma inovação com uso explícito e objetivo da evidência, num formato simples e condizente com a realidade local - infográfico.

Nessa perspectiva, o plano de negócio auxilia o profissional de saúde a focar na identificação eficiente e na determinação da viabilidade da implementação ou não da inovação (PAPADOPOULOS et al., 2013). Além de ter outras aplicabilidades, como dar segurança aos gestores, ao possibilitar uma visão holística do percurso da implementação da inovação em questão, o que reserva coerência com o objeto desta pesquisa, que visa a elaborar um modelo com base nas premissas de um plano de negócio para abordagem inicial do gestor da instituição parceira, que tenha interesse em implantar a inovação em saúde (PAULEK, 2017; FILION; DOLABELA, 2000).

O gestor é a liderança incumbida de tomada de decisão contínua e diária relacionada aos diversos temas e possibilidades, necessitando, portanto, de ferramentas com base em evidências que sistematizem e facilitem o processo, maximizando a efetividade e o uso do tempo.

Isso corresponde ao afirmado por Oliveira et al. (2014) quando mostram que práticas baseadas em evidências, ao inovar na prática de saúde, estão associadas ao levantamento de barreiras e de oportunidades na segurança do paciente em ambientes hospitalares.

Dykes e colaboradores (2017) e Esguerra (2020) reiteram que o Programa *Fall* TIPS inovação tecnológica é uma ferramenta de envolvimento e educação fornecedora de informações aos membros da equipe de maneira clara, simples e confiável, aliadas ao suporte técnico e científico disponibilizado pelas instituições. E que já utilizam o programa, além da inclusão de fluxos, manuais e instrumentos que auxiliam na tomada de decisão da prática clínica, disponíveis no website do programa.

Dykes et al. (2019) acrescentam que a presença da equipe no processo de implementação do *Fall* TIPS redesenha o fluxo de trabalho, envolve os pacientes/familiares no processo de prevenção de quedas e compreende três etapas clínicas - planejamento, plano e execução.

Isso coincide com o obtido na pesquisa no que concerne à elaboração do modelo ao realizar a fundamentação conceitual para sustentar os pilares do Plano de Negócio, GBE e os instrumentos de implementação do *Fall* TIPS, sendo que cada um direciona uma fase ou elemento do MAIG. E a junção de todos viabiliza a tomada de decisão do gestor na implementação de uma inovação em saúde.

O apoio da liderança de enfermagem também é destacado na implementação da inovação (DYKES et al., 2019; ESGUERRA, 2020) para modelar a mudança de prática, fornecer *feedback* entre pares e focar nas lacunas com educação *in loco* personalizada (DYKES et al., 2019).

Em contrapartida, Duckworth et al. (2019) complementam ao exporem que ações diretas focadas na responsabilidade compartilhada e visível aos membros da equipe, paciente e acompanhante, impactaram na redução da incidência de quedas em 25% após implantação do Programa *Fall* TIPS no *Brigham and Women's Hospital* em Boston, num estudo randomizado envolvendo 10.000 pacientes.

Dykes et al. (2017) e Schoen (2019) acrescentam que a participação da liderança fortalece as ações educativas para suprimir os entraves e atrair apoiadores na prática clínica e na elaboração de novo protocolo.

Para Dykes et al. (2017), deve ser priorizada a prevenção de quedas com base em evidência ao desenvolver treinamentos de Prevenção de Queda, disponibilizando a todos os integrantes da equipe a garantia de esclarecimento da

inovação e o saneamento de dúvidas pontuais. Ademais, contribui para a criação de vínculos importantes e para o fortalecimento da cultura de segurança.

No que tange à constituição do modelo propriamente dito, as ponderações conceituais de Plano de Negócio, GBE e imersão nas ferramentas disponibilizadas pelo Programa *Fall TIPS* foram significativas no processo de ideação, ajustes, elaboração e posterior validação aparente da abordagem (aplicabilidade do modelo a inovação *Fall TIPS*).

E para viabilizá-lo, a comunicação deve ser priorizada com apoio qualificado aos pares. Visão apontada por Dykes et al. (2009) e Dykes et al. (2020) ao abordarem que, ao implementar uma inovação, é necessário tempo para transição eficaz da adoção na mudança de cultura, desenvolvimento de melhoria contínua e feedback. Escuta ativa dos paciente/família na avaliação da inovação ajuda a entender quais intervenções mitigariam cada fator de risco individual com efetividade (KATSULIS et al., 2016).

Dykes et al. (2017) e Zuyev et al. (2011) incluem que são fundamentos do sucesso da inovação a comunicação entre a liderança e o Comitê da Qualidade na disseminação da inovação, em alinhamento com a realidade institucional, o que justifica a introdução do elemento parceiros (mobilizadores e líderes) como âncoras do modelo.

Já os beneficiários podem ser diretos e indiretos. O que se assemelha com Schoen (2019), Dykes et al. (2020) e Esguerra (2020) ao incluírem na educação continuada a liderança de ponta e equipe, o treinamento do pessoal de enfermagem, prestadores de serviços, pessoal administrativo e da equipe de higiene hospitalar da unidade, assim como reuniões regulares da equipe são fundamentais para uma implementação exitosa.

As instituições, segundo Vasconcelos, Guedes e Cândido (2007) e Valladares, Vasconcellos e Serio (2014), ditas propensas à inovação, valorizam a liderança e sua intenção estratégica, o modelo de gestão e o processo de inovação com base em evidências, elementos verificados em pleno alinhamento com a proposição do estudo *in vogo*.

No quesito validação aparente da abordagem inicial ao gestor na implementação de uma inovação em saúde, constatou-se que o MAIG supriu seu objetivo com avaliação alta, variando entre 0,68 e 1.

Pesquisas com GBE se relacionam também às práticas organizacionais, subsidiando a tomada de decisão para evitar escolhas baseadas em experiência e preferência individuais. Isso porque há elevada demanda de decisões diárias e diversificadas. É um suporte para minimizar decisões precárias e resultados deficitários finais.

Esse achado coaduna com Martelli e Hayirli (2018) ao abordarem o papel da evidência na tomada de decisão, incluindo a capacidade de suas características representarem o contexto organizacional, a fonte do conteúdo ser legítima e a instituição desejar incorporá-la aos processos, assim como incluir outros profissionais na decisão, focando na estratégia da inovação, e avaliar a capacidade institucional de absorver e incorporar a tomada de decisão, com base em evidência como cultura institucional.

Ressalta-se que esse modelo representativo é relevante para aproximação, esclarecimento e visão ampliada do percurso, o qual abrange a implantação da inovação em formato claro, objetivo e de fácil divulgação aos *stakeholders*, que se envolverão direta e indiretamente na concretização da inovação. Evidenciar e fortalecer as habilidades do gestor de se manter atento aos acontecimentos no mundo sobre as melhores formas de aperfeiçoar a prática local.

Tendo por referência Wilhoite et al. (2019), faz-se uma analogia com a prática da enfermagem, que está fortemente concentrada no desenvolvimento de habilidades clínicas e profissionais, valorizando as iniciativas de gerenciamento da prática e negócio, como propostas estratégicas gerenciais e inovadoras de saúde. Desse modo, destaca-se a relevância da iniciativa no desenvolvimento de um modelo de abordagem inicial do gestor para disseminação do *Fall* TIPS Brasileiro, com os preceitos testados do plano de negócio.

Weaver et al. (2013) mostram estratégias que vêm sendo utilizadas para melhoria na segurança do paciente, das quais são exemplos treinamentos em equipe, melhoria da comunicação, colaboração mútua entre os profissionais e a liderança, *rounds* interdisciplinares quando há o engajamento entre líderes organizacionais e os profissionais assistenciais. Isso para minimizar as ameaças à segurança do paciente, partilhar responsabilidades e estreitar os laços de confiança entre todos os envolvidos no processo.

A implementação de inovação que fortalece a tomada de decisão baseada em evidências é essencial aos gestores de saúde para orientá-los e possibilitar menor

chance de erros e vieses de decisões baseadas em sua visão e experiências. E, por fim, desenvolver uma cultura de gestão respaldada na aprendizagem e inovação contínua.

Foi considerado como limitação da pesquisa o tempo para realizar a 2ª rodada da validação aparente da Abordagem do MAIG aplicado à inovação *Fall TIPS* brasileiro, e mesmo acatando todas as sugestões e recomendações dos juízes, o modelo não foi validado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O produto principal MAIG e sua derivação aplicada ao *Fall TIPS Brasil* – infográfico atendem ao objetivo proposto no Edital nº 1/2019 – PPGPCS-UFPR, no artigo 22, referente ao desenvolvimento de um produto técnico/prático de gestão do cuidado ou inovação tecnológica. O objetivo desta dissertação foi alcançado e a pesquisa permitiu a integração dos achados da literatura das áreas da Enfermagem e Administração na elaboração de um modelo inovador de abordagem inicial do gestor.

O Produto MAIG é composto por três Fases - apresentação, fluxo de processo decisório para implementação da inovação e observações - e foi registrado na Câmara Brasileira do Livro. O segundo Produto é o Infográfico para abordagem inicial do gestor para disseminação do Programa *Fall TIPS Brasil*, o qual faz parte do kit de ferramentas de disseminação e será divulgado oportunamente no repositório brasileiro do programa.

O MAIG é indicado para ser aplicado genericamente na implementação de qualquer inovação em saúde com ambientes diversificados para validar sua eficiência e efetividade. Espera-se que o MAIG direcione o gestor na tomada de decisão com base em evidências ao optar pela implementação de uma inovação em saúde, por meio de leiaute simples e informações relevantes, além de explicação sucinta dos oito componentes contemplados no produto.

No âmbito da pesquisa, recomenda-se que o MAIG seja aplicado em pesquisas futuras, especialmente em pesquisas de campo, para refiná-lo, validá-lo em diferentes cenários de saúde e avaliá-lo quanto aos impactos nos processos institucionais a partir de tomada de decisão resultante da abordagem inicial do gestor, assim como para desconstruir e explorar como o MAIG pode informar e otimizar a pesquisa em enfermagem para obter melhores resultados na implementação de uma inovação.

O Infográfico do *Fall TIPS Brasil*, denominado Programa *Fall TIPS Brasil*: kit de disseminação *Fall TIPS Brasil* abordagem do gestor hospitalar - teve a validação de aparência como etapa quatro desta pesquisa, e haverá outra validação subsequente realizada por outros pesquisadores do macroprojeto, sendo que todas as validações serão incluídas no kit de disseminação do programa, disponíveis no repositório do programa brasileiro.

A partir dos produtos desenvolvidos nesta pesquisa, no âmbito da enfermagem, recomenda-se o estímulo a pesquisas que subsidiem uma tomada de decisão assertiva, na perspectiva de fortalecer a enfermagem como ciência, utilizando conceitos transversais a serem adaptados à realidade da Enfermagem, incluindo o plano de negócios e o gerenciamento baseado em evidências.

Dessa forma, os pesquisadores da área de enfermagem são levados a desenvolver pesquisas sobre quais são as bases conceituais utilizadas nos processos de elaboração de inovações tecnológicas, sejam gerenciais ou de outro ramo da enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ABREU, H. C. A. et al. Incontinência urinária na predição de quedas em idosos hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 851-856, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-851.pdf. Acesso em: 06 jul. 2021.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. Acesso em: 07 jun. 2021.
- ALMEIDA, R. A. R.; ABREU, C. C. F.; MENDES, A. M. O. C. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 2, p. 163-172, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn2/serIIIn2a17.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2021.
- ANDERMANN, A. **Evidence for health: from patient choice to global policy**. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
- ANDERMANN, A. et al. *Evidence for Health I: Producing evidence for improving health and reducing inequities*. **Health research policy and systems**, v. 14, n. 1, p. 1-8, 2016. Disponível em: 10.1186/s12961-016-0087-2. Acesso em: 05 jul. 2021.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- ANDRADE, K. S. **Potencialidades e fragilidades dos núcleos de segurança do paciente em serviços hospitalares**. Ribeirão Preto, 2018.
- ANVISA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Relatório de Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2019**. Brasília, DF: ANVISA, 2020. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Relat%C3%B3rio+de+Autoavali%C3%A7%C3%A3o+Nacional+das+Pr%C3%A1ticas+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+%E2%80%93+2019/faa6381c-b3c3-4210-8ddf-4e93927c64dd>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- AGS; BGS. **AGS/BGS Clinical practice guideline: for prevention of falls in older persons**. 2010. Disponível em: <http://www.alabmed.com/uploadfile/2014/0504/20140504033204923.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2021.
- AVANECEAN, D. et al. *Effectiveness of patient-centered interventions on falls in the acute care setting compared to usual care: a systematic review*. **JBI Evidence Synthesis**, v. 15, n. 12, p. 3006-3048, 2017. Disponível em: 10.11124/JBISIRIR-2016-003331. Acesso em: 05 jul. 2021.

BARENDT, E.; ROUSSEAU, D. M.; BRINER, R. B. *Evidence-based management: The basic principles*. 2014. Disponível em: www.cebma.org/wp-content/uploads/Evidence-Based-Practice-The-Basic-Principles.pdf. Acesso em: 05 mar. 2021.

BARIS, V. K.; INTEPELER, S. S. *Views of key stakeholders on the causes of patient falls and prevention interventions: A qualitative study using the international classification of functioning, disability and health*. **Journal of clinical nursing**, v. 28, n. 3-4, p. 615-628, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.14656>. Acesso em: 06 jul. 2021.

BECK, M. K. et al. *Weaknesses in patient safety culture from the perspective of workers in a general hospital*. **O Mundo da Saúde**, v. 42, n. 4, p. 1062-1081, 2018. Disponível em: 10.15343/0104-7809.2018420410621081. Acesso em: 02 jul. 2021.

BIESEK, F. L. **Modelo para integração das áreas de conhecimento de Projeto de Manufatura por intermédio do MRL (Manufacturing and Assembly) e do DFMA (Design for Manufacturing and Assembly) na fase de desenvolvimento de tecnologia de produto**. 2018. 150 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia e Ciências Mecânicas) - Programa de Pós Graduação em Engenharia e Ciências Mecânicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Joinville, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/190065>. Acesso em: 06 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.973, de 02 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.973.htm. Acesso em: 07 jul. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 5.798, de 7 de junho de 2006**. Regulamenta os incentivos fiscais às atividades de pesquisa tecnológica e desenvolvimento de inovação tecnológica, de que tratam os arts. 17 a 26 da Lei no 11.196, de 21 de novembro de 2005. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5798.htm. Acesso em: 05 jul. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016a. 496 p. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/522095>. Acesso em: 06 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.243, de 11 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre estímulos ao desenvolvimento científico, à pesquisa, à capacitação científica e tecnológica e à inovação e altera a Lei nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004, a Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, a Lei nº 12.462, de 4 de agosto de 2011, a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, a Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994, a Lei nº 8.010, de 29 de março de 1990, a Lei nº 8.032, de 12 de abril de 1990, e a Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012, nos termos da

Emenda Constitucional nº 85, de 26 de fevereiro de 2015. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2016b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13243.htm#art2. Acesso em: 06 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações. **Estratégia nacional de ciência, tecnologia e inovação 2016-2022**. Brasília, DF: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2017.

BRINER, R. B.; BARENDT, E. *The role of scientific findings in evidence-based HR. People and Strategy*, v. 39, n. 2, p. 16, 2016. Disponível em: <https://cebma.org/wp-content/uploads/Briner-Barendt-The-Role-of-Scientific-Findings-in-Evidence-Based-HR.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2021.

BRIGGS, H. E.; MCBEATH, B. *Evidence-based management: Origins, challenges, and implications for social service administration. Administration in Social Work*, v. 33, n. 3, p. 242-261, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/03643100902987556>. Acesso em: 05 jul. 2021.

BURNS, N.; GROVE, S. K. **The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, & Utilization**. 3. ed. Filadélfia: WB Saunders, 1997, p. 293–318.

BUTCHER, L. *Making care teams work. Tough to implement, team-based care can reduce costs and improve quality. Trustee: the journal for hospital governing boards*, v. 65, n. 5, p. 13-1, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22693767/>. Acesso em: 05 jul. 2021.

CAMERON, I. D. et al. *Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. Cochrane database of systematic reviews*, n. 9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005465.pub4>. Acesso em: 06 jul. 2021.

CARROLL, D. L.; DYKES, P. C.; HURLEY, A. C. *Patients' perspectives of falling while in an acute care hospital and suggestions for prevention. Applied Nursing Research*, v. 23, n. 4, p. 238-241, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.10.003>. Acesso em: 05 jul. 2021.

CASARIN, S. T. et al. Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do *Journal of Nursing and Health. Journal of Nursing and Health*, v. 10, n. 5, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19924>. Acesso em: 06 jul. 2021.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A técnica DELPHI e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 429-34, 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/209#>. Acesso em: 06 jul. 2021.

CAPDEVILLE, G. de; ALVES, A. A.; BRASIL, B. S. A. F. Modelo de inovação e negócios da Embrapa Agroenergia: gestão estratégica integrada de P&D e TT. **Embrapa Agroenergia-Documentos (INFOTECA-E)**, 2017. Disponível em:

<http://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/infoteca/handle/doc/1085322>. Acesso em: 05 jul. 2021.

CECCONELLO, A. R.; AJZENTAL, A. **A construção do plano de negócio**. São Paulo: Saraiva, 2008.

CUNHA NETO, M. Inovação, que bicho é este?. **Revista Processos Químicos**, v. 3, n. 5, p. 133-135, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.19142/rpq.v3i5.99>. Acesso em: 05 jul. 2021.

DAHAB, S. S.; LOIOLA, E. Abordagem Schumpeteriana do Franchising: uma proposta de metodologia de pesquisa. In: Administração de Ciência e Tecnologia, v. 1, 18º ENANPAD, **Anais...** Curitiba, p. 291-304, 1994.

DAVIS, L. L. *Instrument review: Getting the most from a panel of experts*. **Applied nursing research**, v. 5, n. 4, p. 194-197, 1992. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80008-4](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80008-4). Acesso em: 06 jul. 2021.

DEVON, H. A. et al. *A psychometric toolbox for testing validity and reliability*. **Journal of Nursing scholarship**, v. 39, n. 2, p. 155-164, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00161.x>. Acesso em: 06 jul. 2021.

DOLABELA, F. **O Segredo de Luísa**: Uma ideia, uma paixão e um plano de negócio: como nasce o empreendedor e se cria uma empresa. [s. l.]: Sextante, 2008.

DORNELAS, J. C. A. **Empreendedorismo corporativo**: como ser empreendedor, inovar e se diferenciar em organizações estabelecidas. 2a Reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

DUFFY, J. R. et al. *Evidence-based nursing leadership: evaluation of a joint academic-service journal club*. **JONA: The Journal of Nursing Administration**, v. 41, n. 10, p. 422-427, 2011. Disponível em: [10.1097/NNA.0b013e31822edda6](https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31822edda6). Acesso em: 05 jul. 2021.

DUCKWORTH, M. et al. *Assessing the effectiveness of engaging patients and their families in the three-step fall prevention process across modalities of an evidence-based fall prevention toolkit: an implementation science study*. **Journal of medical internet research**, v. 21, n. 1, p. e10008, 2019. Disponível em: <https://www.jmir.org/2019/1/e10008/>. Acesso em: 06 jul. 2021.

DYKES, P. C. et al. *Fall TIPS: strategies to promote adoption and use of a fall prevention toolkit*. In: **AMIA Annual Symposium Proceedings**. American Medical Informatics Association, 2009. p. 153-157. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2815501/>. Acesso em: 05 jul. 2021.

DYKES, P. C. et al. *Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial*. **Jama**, v. 304, n. 17, p. 1912-1918, 2010. Disponível em: [10.1001/jama.2010.1567](https://doi.org/10.1001/jama.2010.1567). Acesso em: 05 jul. 2021.

DYKES, P. C. et al. *A case control study to improve accuracy of an electronic fall prevention toolkit*. In: **AMIA Annual Symposium Proceedings**. American Medical Informatics Association, 2012. p. 170. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3540550/>. Acesso em: 05 jul. 2021.

DYKES, P. C. et al. *Pilot testing fall TIPS (tailoring interventions for patient safety): a patient-centered fall prevention toolkit*. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 43, n. 8, p. 403-413, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.05.002>. Acesso em: 05 jul. 2021.

DYKES, P. C. et al. *Development and validation of a fall prevention knowledge test*. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 67, n. 1, p. 133-138, 2018a. Disponível em: <https://doi-org.ez22.periodicos.capes.gov.br/10.1111/jgs.15563>. Acesso em: 06 jul. 2021.

DYKES, P. C. et al. *Preventing falls in hospitalized patients: Engage patients and families in a three-step prevention process to reduce the risk of falls*. **American Nurse Today**, v. 13, n. 9, 2018b. Disponível em: <https://www.falltips.org/wp-content/uploads/2018/09/Fall-TIPS-CE-American-Nurse-Today-September-2018.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2021.

DYKES, P. C. et al. *The fall TIPS (tailoring interventions for patient safety) program: A collaboration to end the persistent problem of patient Falls*. **Nurse Leader**, v. 17, n. 4, p. 365-370, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2018.11.006>. Acesso em: 06 jul. 2021.

DYKES, P. C. et al. *Evaluation of a patient-centered fall-prevention tool kit to reduce falls and injuries: a nonrandomized controlled trial*. **JAMA network open**, v. 3, n. 11, p. e2025889-e2025889, 2020. Disponível em: [10.1001/jamanetworkopen.2020.25889](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.25889). Acesso em: 05 jul. 2021.

DYKES, P. C.; HURLEY, A. C. *Patient-centered fall prevention*. **Nursing made Incredibly Easy**, v. 19, n. 4, p. 6-10, 2021. Disponível em: [10.1097/01.NUMA.0000733668.39637.ba](https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000733668.39637.ba). Acesso em: 05 jul. 2021.

ESGUERRA, E. **A Patient-Centered Approach to Fall Prevention**. Projeto de doutorado - *University of St Augustine for Health Sciences*. SOAR@USA: Student Scholarly Projects Collection, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.46409/sr.THBW2378>. Acesso em: 06 jul. 2021.

FALL TIPS. *A Patient-Centered Fall Prevention Toolkit*. **FALL T.I.P.S**, 2021. Disponível em: <https://www.falltips.org/>. Acesso em: 19 set. 2021.

FARINASSO, C. M. et al. *Revisão Rápida para informar a Política Nacional de Medicamentos Biológicos no SUS*. **BIS, Boletim do Instituto de Saúde**, v. 20, n. 2, p. 114-124, 2019. Disponível em: [10.52753/bis.2019.v20.34492](https://doi.org/10.52753/bis.2019.v20.34492). Acesso em: 06 jul. 2021.

FIGUEREDO, A. S. et al. Riscos e Benefícios da Implementação do *Fall* TIPS em Hospitais: uma Revisão Rápida. **OSF**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/DQSMX>. Acesso em: 05 jul. 2021.

FIGUEREDO, A.S.; FIGUEIREDO, K.C. Modelo de Abordagem Inicial ao Gestor na Implementação de uma Inovação em Saúde (Infográfico). In: **Abordagem inicial do gestor para disseminação do kit de ferramentas Fall TIPS em hospitais brasileiros** - dissertação de Mestrado. Curitiba-Paraná. 2021.

FILION, L. J.; DOLABELA, F. **Boa Idéia! E Agora?**. São Paulo: Cultura, Editores Associados, 2000.

FHON, J. R. S. et al. *Fall and its association with the frailty syndrome in the elderly: systematic review with meta-analysis*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 01005-01013, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700018>. Acesso em: 06 jul. 2021.

FONTANELLA, B J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 05 jul. 2021.

GADELHA, C. A. G.; BRAGA, P. S. da C. Saúde e inovação: dinâmica econômica e Estado de Bem-Estar Social no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00150115>. Acesso em: 06 jul. 2021.

GADELHA, C. A. G.; TEMPORÃO, J. G. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1891-1902, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06482018>. Acesso em 06 jul. 2021.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas. 2019.

GIL, L.; ANDRADE, M. H.; COSTA, M. do C. Os TRL (*Technology Readiness Levels*) como ferramenta na avaliação tecnológica. **Revista Ingenium**, p. 94-96, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.9/2771>. Acesso em: 05 jul. 2021.

GONÇALVES, L. S. **Projeto de Pesquisa Difusão e adoção do Fall TIPS no Brasil**: engajamento de pacientes, profissionais e liderança clínica para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar. 2020. No prelo.

GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. *Selection and use of content experts for instrument development*. **Research in nursing & health**, v. 20, n. 3, p. 269-274, 1997. Disponível em: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199706\)20:3<269::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199706)20:3<269::AID-NUR9>3.0.CO;2-G). Acesso em: 06 jul. 2021.

GRISHAM, T. *The Delphi technique: a method for testing complex and multifaceted topics*. **International Journal of Managing Projects in Business**, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/17538370910930545>. Acesso em: 05 jul. 2021.

GUO, R. et al. *Use of evidence-based management in healthcare administration decision-making*. **Leadership in Health Services**, p. 330-342, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/LHS-07-2016-0033>. Acesso em: 05 jul. 2021.

HOPEWELL, S. et al. *Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community*. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012221.pub2>. Acesso em: 06 jul. 2021.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO). **ISO 16290:2013: Space systems - Definition of the Technology Readiness Levels (TRLs) and their criteria of assessment**. 2013. p. 20. Disponível em: http://www.spacewx.com/Docs/ISO_FDIS_16290_%28E%29_review.pdf. Acesso em: 10 maio 2021.

JANATI, A. et al. *An evidence-based framework for evidence-based management in healthcare organizations: a delphi study*. **Ethiopian journal of health sciences**, v. 28, n. 3, p. 305-314, 2018. Disponível em: [10.4314/ejhs.v28i3.8](https://doi.org/10.4314/ejhs.v28i3.8). Acesso em: 06 jul. 2021.

KARAHANNA, E.; STRAUB, D. W.; CHERVANY, N. L. *Information technology adoption across time: a cross-sectional comparison of pre-adoption and post-adoption beliefs*. **MIS quarterly**, v. 23, n. 2, p. 183-213, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/249751>. Acesso em: 06 jul. 2021.

KATSULIS, Z. et al. *Iterative user centered design for development of a patient-centered fall prevention toolkit*. **Applied ergonomics**, v. 56, p. 117-126, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2016.03.011>. Acesso em: 06 jul. 2021.

KOBAYASHI, K. et al. *Characteristics of falls in orthopedic patients during hospitalization*. **Nagoya journal of medical science**, v. 80, n. 3, p. 341, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6125663/>. Acesso em: 06 jul. 2021.

LEÃO, L. M. **Metodologia do Estudo e Pesquisa: facilitando a vida dos estudantes, professores e pesquisadores**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

LEHMANN, U.; GILSON, L. *Action learning for health system governance: the reward and challenge of co-production*. **Health policy and planning**, v. 30, n. 8, p. 957-963, 2015. Disponível em: [10.1093/heapol/czu097](https://doi.org/10.1093/heapol/czu097). Acesso em: 05 jul. 2021.

LIPSETT, A.; WHITE, E. *Decreasing Patient Falls and Increasing Communication through the Use of Patient Mobility Cards*. **International Journal of Safe Patient Handling & Mobility**, v. 9, n. 1, p. 37-41, 2019. Disponível em: [http://search-ebscohost-com.ez22.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=135806147&lang=pt-br&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com.ez22.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=135806147&lang=pt-br&site=ehost-live). Acesso em: 06 jul. 2021.

LUCERO, R. J.; LAKE, E. T.; AIKEN, L. H. *Nursing care quality and adverse events in US hospitals. Journal of clinical nursing*, v. 19, n. 15-16, p. 2185-2195, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03250.x>. Acesso em: 05 jul. 2021.

LYNN, M. R. *Determination and quantification of content validity. Nursing research*, v. 35, n. 6, 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>. Acesso em: 06 jul. 2021.

MACEDO, T. R. et al. *The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, p. 756-762, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600007>. Acesso em: 05 jul. 2021.

MANKINS, J. C. et al. *Technology readiness levels. White Paper*, 1995. Disponível em: https://aiaa.kavi.com/apps/group_public/download.php/2212/TRLs_MankinsPaper_1995.pdf. Acesso em: 05 jul. 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 5. ed. São Paulo (SP): Atlas; 2002.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 8. ed. São Paulo: Atlas. 2017.

MARINHO, E. Z. et al. **Análise estratégica de um porto do estado do rio de janeiro**: aplicação da matriz SWOT. Mundo Livre: Revista Multidisciplinar, v. 5, n. 2, p. 21-39, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/mundolivre/article/view/40342>. Acesso em: 05 jul. 2021.

MARQUES, J. B. V.; FREITAS, D. de. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições**, v. 29, p. 389-415, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>. Acesso 01 jun. 2021.

MELNYK, B. M. et al. *The first US study on nurses' evidence-based practice competencies indicates major deficits that threaten healthcare quality, safety, and patient outcomes. Worldviews on Evidence-Based Nursing*, v. 15, n. 1, p. 16-25, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/wvn.12269>. Acesso em: 05 jul. 2021.

MOORE, G. C.; BENBASAT, I. *Development of an instrument to measure the perceptions of adopting an information technology innovation. Information systems research*, v. 2, n. 3, p. 192-222, 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1287/isre.2.3.192>. Acesso em: 05 jul. 2021.

OLIVEIRA, R. M. et al. *Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. Escola Anna Nery*, v. 18, p. 122-129, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>. Acesso em: 05 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). **Manual de Oslo**: diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação. Tradução de Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP). 3. ed. 2005. Disponível em: http://www.finep.gov.br/dcom/brasil_inovador/arquivos/manual_de_oslo/prefacio.html. Acesso em: 09 abr. 2021.

ORTON, S. et al. *Management academy for public health: Creating entrepreneurial managers*. **American journal of public health**, v. 97, n. 4, p. 601-605, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.082263>. Acesso em: 06 jul. 2021.

OSTERWALDER, A. **Business Model Generation** - Inovação em Modelos de Negócios: um manual para visionários, inovadores e revolucionários. Alexander Osterwalder, Yves Pigneur. Rio de Janeiro, RJ: Alta Books, 2011.

PAPADOPOULOS, A. et al. *Using business plan development as a capstone project for MPH Programs in Canada: validation through the student perspective*. **Journal of community health**, v. 38, n. 5, p. 791-798, 2013. Disponível em: 10.1007/s10900-013-9698-5. Acesso em: 06 jul. 2021.

PAULEK, E. C. **Plano de negócio para abertura de uma distribuidora de componentes e perfis para esquadrias na cidade de Chapecó-SC**. Monografia de graduação (Bacharel em Administração) – Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, 2017. Disponível em: <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/1845>. Acesso em: 06 jul. 2021.

PASA, T. S. et al. Estratégias para prevenção de quedas em pacientes adultos Hospitalizados: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 9, n. 10, p.9558-66, 2015. Disponível em: 10.5205/reuol.7944-69460-1-SM.0910201519. Acesso em: 06 jul. 2021.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, 992-999, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>. Acesso em: 06 jul. 2021.

PEREIRA, H. J. **Criando seu próprio negócio**: como desenvolver o potencial empreendedor. Brasília: Sebrae, 1995.

PETRY, J. F. et al. Inovação e difusão de tecnologia na agricultura de várzea na Amazônia. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 23, n. 5, p. 619-635, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-7849rac2019190024>. Acesso em: 08 dez. 2020.

PFEFFER, J.; SUTTON, R. I. *Evidence-based management*. **Harvard business review**, v. 84, n. 1, p. 62, 2006. Disponível em: <https://hbr.org/2006/01/evidence-based-management>. Acesso em: 05 jul. 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations*. **Research in nursing & health**, v.

29, n. 5, p. 489-497, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nur.20147>. Acesso em: 06 jul. 2021.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Freevle, 2013. Disponível em: https://aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/291348/mod_resource/content/3/2.1-E-book-Metodologia-do-Trabalho-Cientifico-2.pdf. Acesso em: 05 jul. 2021.

RECH, S. R.; CARDIM, V. As tendências e o processo de difusão da inovação. In: 12º Colóquio de Moda; 9ª Edição Internacional; 3º Congresso de Iniciação Científica em Design e Moda, p. 1-14, 2016. **Anais...** Disponível em: <http://www.coloquiomoda.com.br/anais/Coloquio%20de%20Moda%20-%202016/COMUNICACAO-ORAL/CO-06-Processos-Produtivos/CO-06-TENDENCIAS-E-PROCESSO-DE-DIFUSAO-INOVACAO.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2020.

REIS, A. A. et al. Administração Baseada em Evidências. Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo. **III Seminário de Iniciação Científica da FESPSP**, v. 5, 2011.

REIS, E. P. dos; ARMOND, Á. C. **Empreendedorismo**. Curitiba: IESDE Brasil, 2012.

REIS, K. M. C. dos; JESUS, C. A. C. de. Estudo de coorte de idosos institucionalizados: fatores de risco para queda a partir do diagnóstico de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1130-1138, 2015. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0285.2658>. Acesso em: 06 jul. 2021.

REIS, G. A. X. dos et al. *Difficulties to implement patient safety strategies: perspectives of management nurses*. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366>. Acesso em: 05 jul. 2021.

ROMÃO, F. A. C. **E-Business: Estratégias e Modelos**. 2018. 88 f. Dissertação (Mestrado em Estatística e Gestão de Informação) - Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/2657>. Acesso em: 06 jul. 2021.

ROSALES, C. et al. Sistema Integrado de Informações Mais Médicos: uma ferramenta de suporte à gestão baseada em evidências. **Rev Panam Salud Publica**; n. 44, jun 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.65>. Acesso em: 05 jul. 2021.

ROUSSEAU, D. M. *Is there such a thing as “evidence-based management”?*. **Academy of management review**, v. 31, n. 2, p. 256–269, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.5465/amr.2006.20208679>. Acesso em: 06 jul. 2021.

RUNCIMAN, W. et al. *Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms*. **International journal for quality in health care**, v. 21, n. 1, p.

18-26, 2009. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638755/pdf/mzn057.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2021.

SANTOS, A. S. **Suporte às micro e pequenas empresas a partir da gestão baseada em evidências: construção de ferramenta computacional baseada em inteligência artificial**. 2018. 197 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção e Sistemas) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e Sistemas, Universidade do Vale do Rio do Sinos, São Leopoldo, 2018. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/7029>. Acesso em: 05 jul. 2021.

SANTOS, V. de D. dos et al. A liderança do enfermeiro na gestão dos serviços de saúde: uma revisão narrativa. **Varia Scientia - Ciências da Saúde**, v. 6, n. 2, p. 148-156. Disponível em: <https://doi.org/10.48075/vscs.v6i2.26271>. Acesso em: 05 jul. 2021.

SAUNDERS, H. et al. *Practicing healthcare professionals' evidence-based practice competencies: An overview of systematic reviews*. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 16, n. 3, p. 176-185, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/wvn.12363>. Acesso em: 05 jul. 2021.

SCHOEN, T. *Implementation of Fall TIPS (Tailoring Interventions for Patient Safety) will decrease the number of falls that occur on the Acute Care Unit at a Veterans Affairs Medical Center*. **West Chester University Doctoral Projects**, v. 42, 2019. Disponível em: https://digitalcommons.wcupa.edu/all_doctoral/42. Acesso em: 06 jul. 2021.

SCHUMPETER, J. A. **A teoria do desenvolvimento econômico**. 3. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

SILVA, C. F. et al. Prevalência dos fatores de risco intrínsecos ao paciente e o desfecho queda na clínica cirúrgica. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45342>. Acesso em: 06 jul. 2021.

SILVA, V. L. dos S. et al. Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016099503206>. Acesso em: 06 jul 2021.

SOUZA, J. A. de C. de. Infográfico: modos de ver e ler ciência na mídia. **Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso**, v. 11, p. 190-206, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2176-457323502>. Acesso em: 19 jun. 2021.

SOUZA, A. Q. de et al. *Incidence and predictive factors of falls in community-dwelling elderly: a longitudinal study*. **Ciencia & saude coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3507-3516, 2019. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018249.30512017>. Acesso em: 05 jul. 2021.

SPELLBERG, B.; BARTLETT, J. G.; GILBERT, D. N. *How to pitch an antibiotic stewardship program to the hospital C-suite*. **Open forum infectious diseases**, v. 3, n. 4, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ofid/ofw210>. Acesso em: 06 jul. 2021.

SURVEYMONKEY. **SurveyMonkey**: a ferramenta de questionários online mais popular... 2021. Disponível em: https://pt.surveymonkey.com/?program=7013A000000mweBQAQ&utm_bu=CR&utm_campaign=71700000058894487&utm_adgroup=58700005405721058&utm_content=43700049188956182&utm_medium=cpc&utm_source=adwords&utm_term=p49188956182&utm_kxconfid=s4bvpi0ju&language=non-english&gclid=CjwKCAjw_o-HBhAsEiwANqYhp0XZ7IM-A1Sowi5bdgG7Laoplc-0hESgwB3zFOks5GNjwdhw034wPRoCsvgUQAvD_BwE&gclsrc=aw.ds. Acesso em: 06 jul. 2021.

TRICCO, A. C.; LANGLOIS, E. V.; STRAUS, S. E. **Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide**. Geneva: *World Health Organization*, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258698/9789241512763-eng.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2021.

VACCARI, É. et al. Safety of the hospital environment in terms of preventing falls on the part of the elderly: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 13, n. 3, p. 271-281, 2014. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4753>. Acesso em: 06 jul. 2021.

VASCONCELOS, A. C. F. de; GUEDES, I. A.; CÂNDIDO, G. A. Aplicação dos modelos de Miles e Snow e Kirton em pequenas e médias empresas: um estudo exploratório. **Revista Gestão da Produção Operações e Sistemas**, n. 2, p. 123, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.15675/gepros.v0i2.159>. Acesso em: 06 jul. 2021.

VALLADARES, P. S. D. de A.; VASCONCELLOS, M. A. de; SERIO, L. C. D. *Innovation capability: A systematic review of the literature*. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 18, n. 5, p. 598-626, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac20141210>. Acesso em: 05 jul. 2021.

VELHO, S. R. K. et al. Nível de Maturidade Tecnológica: uma sistemática para ordenar tecnologias. **Parc. Estrat.**, v. 22, n. 45, p. 119-140, 2017. Disponível em: http://seer.cgee.org.br/index.php/parcerias_estrategicas/article/viewFile/867/793>. Acesso em: 25 maio 2021.

VIANA, A. L. Á. et al. A política de desenvolvimento produtivo da saúde e a capacitação dos laboratórios públicos nacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00188814>. Acesso em: 05 jul. 2021.

VLĂDUȚ, G. et al. *Innovation ecosystem model for commercialization of research results*. **Proceedings of the International Conference on Business Excellence**.

Sciendo, p. 1020-1032, 2017. Disponível em: 10.1515/picbe-2017-0106. Acesso em: 06 jul. 2021.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WEAVER, S. J. et al. *Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review*. **Annals of internal medicine**, v. 158, n. 5, p. 369-374, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>. Acesso em: 06 jul. 2021.

WHO. **Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action**. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf. Acesso em: 14 jan. 2021.

WHO. **Global priorities for patient safety research: Better knowledge for safer care**. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44205>. Acesso em: 05 jul. 2021.

WHO. **Patient safety**. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/en/>. Acesso em: 20 out. 2019.

WILHOITE, J. et al. *Students' Perceptions on a Business Plan Assignment for an Ambulatory Care Pharmacy Elective*. **American journal of pharmaceutical education**, v. 83, n. 5, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5688/ajpe6789>. Acesso em: 06 jul. 2021.

WILLIAMS, L. L. *What goes around comes around: EBM for consideration*. **Administration in Social Work**, v. 30, p. 5-18, 2006. Disponível em: 10.1097 / 00006216-200607000-00009. Acesso em: 05 jul. 2021.

WYND, C. A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M. A. *Two quantitative approaches for estimating content validity*. **Western journal of nursing research**, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0193945903252998>. Acesso em: 05 jul. 2021.

ZUYEV, L. et al. *Tailored prevention of inpatient falls: development and usability testing of the fall TIPS toolkit*. **Computers, informatics, nursing: CIN**, v. 29, n. 2, p. 93, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3085915/>. Acesso em: 06 jul. 2021.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO: Abordagem Inicial do Gestor para implementação da inovação: Um Modelo para disseminação do *Fall* TIPS Brasil

Pesquisadora: Alda Souza Figueredo
Orientadora: Profa Dra Karla Crozeta
Co-orientadora: Luciana Schleder Gonçalves

Nós, Luciana Schleder Gonçalves, Lillian DG Wolff, Karla Crozeta Figueiredo, professores; Ana Paula Hermann, Adeli R P de Medeiros, Alda Souza Figueredo, Gisele C Meira, Elizabete da Silva Dantas de Jesus, Paula T. Soares da Rocha, técnicos do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR; Mateus Sakaguti, Anderson Fagundes, alunos de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando (o Senhor, a Senhora) **profissional de saúde envolvido na temática da prevenção e gerenciamento do evento adverso queda, em unidades definidas pela gestão e lideranças clínicas do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR** a participar de um estudo intitulado **Difusão e adoção do *Fall* TIPS no Brasil: engajamento de *stakeholders* para prevenção de quedas em hospitais**. A partir das diversas etapas deste estudo, serão definidas novas maneiras de identificar o risco de quedas e como preveni-las, aprimorando a cultura do hospital para que o cuidado seja realmente centrado nas necessidades dos pacientes.

O objetivo desta pesquisa é adaptar e disseminar o uso do programa *Fall* TIPS de prevenção de quedas para hospitais brasileiros.

Caso (o Senhor, a Senhora) participe da pesquisa, será necessário

() Fase 1 – ser observado pelos pesquisadores no meu local de trabalho, a partir de um roteiro de observação sobre a prevenção de quedas na sua unidade

() Fase 2 – participar de reuniões de consenso das traduções dos formulários do programa de quedas, e de reuniões de grupo focal para refinamento do programa para a realidade do hospital.

() Fase 3 – participar de teste piloto de implantação do programa de prevenção de quedas na sua unidade

() Fase 4 – responder a entrevistas para avaliação do programa

Para tanto (o Senhor, a Senhora) deverá comparecer no CHC UFPR Rua General Carneiro 181 Curitiba-PR; em dia e hora a serem acordados com as chefias das unidades de maneira a não prejudicarem nem as atividades laborais, nem causarem hora extra para () preenchimento de questionário, () participação de reuniões, () entrevistas, () observação sistemática e () testes pilotos, o que levará aproximadamente 1 hora para as reuniões, 15 minutos para as entrevistas e preenchimento de questionários, e os testes e observação acontecerão durante suas atividades laborais.

É possível que (o Senhor, a Senhora) experimente algum desconforto ou constrangimento, relacionados ao fato de ter suas opiniões expostas ou devido ao tempo gasto para responder aos questionários, entrevistas e participação nos grupos focais.

Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: desconforto ou constrangimento nas entrevistas, observação do seu trabalho e grupos focais, quebra da confidencialidade.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: o aprimoramento do programa de prevenção de quedas do hospital, pelo refinamento do kit de ferramentas do programa proposto para a realidade brasileira e pela inclusão do paciente e sua família no processo de identificação do risco de queda e planejamento de cuidados., embora nem sempre (o Senhor, a Senhora) seja diretamente beneficiado(a) por sua participação neste estudo.

Os pesquisadores **Luciana Schleder Gonçalves, Lillian DG Wolff, Karla Crozeta Figueiredo, professores, Ana Paula Hermann, Adeli R P de Medeiros, Alda Souza Figueredo, Gisele C Meira, Elizabete da Silva Dantas de Jesus, Paula T. Soares da Rocha, Mateus Sakaguti, Anderson Fagundes**, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que (o Senhor, a Senhora) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo a por e-mail, telefone em horário comercial (projetoquedas@gmail.com, 41-3361-3773, das 8h às 17h). Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone (Prof. Luciana 41-992776976, Profa. Lillian 41-995281712, Prof. Karla 41-988523681, Enf. Adeli 41-999960304).

Se (o Senhor, a Senhora) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:00 horas às 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP é de um grupo de indivíduos com conhecimento científico e não científico que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se (o Senhor, a Senhora) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu (atendimento e/ou tratamento) está garantido e não será interrompido o (o Senhor, a Senhora) desista de participar.

As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas, os membros do grupo de pesquisa. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que **a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. Para estudos que envolvem entrevistas gravadas, seu anonimato também será respeitado; tão logo seja transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa, o conteúdo será desgravado ou destruído.

O material obtido (questionários, imagens, gravação, vídeo) será utilizado unicamente para esta pesquisa e será destruído ao término do estudo.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa (elaboração das lâminas do *Fall* TIPS, desenvolvimento do website) não são de sua responsabilidade e (o Senhor, a Senhora) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para o andamento do meu trabalho rotineiro na Instituição.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome por extenso, legível do Participante e/ou Responsável Legal

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou
o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o
TCLE

Curitiba, ____/____/____

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO SURVEY APLICADO

PROGRAMA FALL TIPS BRASIL

KIT DE DISSEMINAÇÃO FALL TIPS BRASIL
ABORDAGEM DO GESTOR HOSPITALAR

Abordagem inicial ao gestor para implementação da inovação

BOAS VINDAS

Essa pesquisa tem o objetivo primário de elaborar um modelo de abordagem inicial ao gestor para disseminação do *Fall TIPS* em Hospitais Brasileiros.

Ela é composta de **três etapas**:

1ª etapa: Realização de uma revisão rápida

2ª etapa: Elaboração do Modelo de abordagem inicial ao gestor na implementação de uma inovação

3ª etapa: **Elaboração da Abordagem com o preenchimento do modelo da etapa 2 e aqui (fase que os integrantes do Grupo de Pesquisa *Fall TIPS* brasileiro participam realizando a avaliação aparente dos elementos cor, fonte do texto, layout e conteúdo das 8 etapas da abordagem), contidos no Infográfico.**

OBS: Para construção do modelo apresentado nessa pesquisa utilizou-se os referenciais de Orton et al. (2007), Dolabela (2008), Cecconello, (2008), Filion e Dolabela, (2000), Paulek, (2017), Reis e Armond (2012), Spellberg et al., (2016), Brigs e McBeath (2009), Pfeffer e Sutton (2006), Melnyk et al., (2018), Saunders et al., (2019); instrumento de implementação do *Fall TIPS*.

[CLIQUE PARA BAIXAR FLUXO DA PESQUISA](#)

PROGRAMA FALL TIPS BRASIL

KIT DE DISSEMINAÇÃO FALL TIPS BRASIL
ABORDAGEM DO GESTOR HOSPITALAR

Abordagem inicial ao gestor para implementação da inovação

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

TCLE

Declaro que, após convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora e ter compreendido o que foi explicado, consinto participar da presente pesquisa

* 1. Ao clicar no botão abaixo, o Senhor(a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste [TCLE](#). Caso não concorde em participar, apenas feche a página no seu navegador.

☐ Li e concordo em participar da pesquisa

* 2. **Prossiga para a próxima pergunta, APENAS, se afirmativa abaixo for VERDADEIRA.**

☐ Declaro que integro o Grupo de Pesquisa do *Fall TIPS* Brasil.

* 3. **É importante que você guarde uma cópia do TCLE. E caso tenha interesse, assine.**

☐ Desejo que me enviem esse documento por e-mail para meu próprio arquivo/impressão.

☐ Desejo realizar o procedimento da assinatura dos envolvidos para guardar cópia do TCLE.



PROGRAMA FALL TIPS BRASIL

KIT DE DISSEMINAÇÃO FALL TIPS BRASIL
ABORDAGEM DO GESTOR HOSPITALAR

Abordagem inicial ao gestor para implementação da inovação

Orientações Gerais para responder a Pesquisa

- A pesquisa é composta de **2 Etapas**:
 - Uma com **dados profissionais** e a
 - Outra, sobre a **avaliação aparente dos Elementos**: Cor, Fonte da letra, Layout e Conteúdo da Abordagem propriamente dita.

Cada pergunta da segunda etapa segue a seguinte lógica:

Não adequado - 1 coração

Pouco adequado - 2 corações

Consideravelmente adequado - 3 corações

Muito adequado - 4 corações

OBS: Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

Tempo médio para responder: 20 a 35 minutos.

PROGRAMA FALL TIPS BRASIL

KIT DE DISSEMINAÇÃO FALL TIPS BRASIL
ABORDAGEM DO GESTOR HOSPITALAR

Abordagem inicial ao gestor para implementação da inovação

DADOS PROFISSIONAIS

Solicita-se que por gentileza que preencha os dados abaixo para subsidiar uma análise do perfil dos participantes. Além de afastar a possibilidade de duplicidade de respostas do mesmo participante. Reitera-se o compromisso com a confidencialidade e sigilo das informações.

* 4. Quais as iniciais do seu nome?

* 5. Qual o seu sexo?

☐ Feminino

☐ Masculino

☐ Outros

* 6. Qual sua maior titulação?

☐ PHD

☐ Doutorado

☐ Mestrado

☐ Graduação

☐ Graduando

* 7. Qual sua profissão?

* 8. Quanto tempo você tem de formado (a)?

PROGRAMA FALL TIPS BRASIL

KIT DE DISSEMINAÇÃO FALL TIPS BRASIL
ABORDAGEM DO GESTOR HOSPITALAR

Abordagem inicial ao gestor para implementação da inovação

Avaliação dos Elementos: Cor, Fonte da letra, Layout e Conteúdo do Infográfico.

Nessa Etapa serão avaliados a **aparência dos elementos**: Cor, Fonte do texto, Layout e Conteúdo do **Infográfico (Abordagem ao Gestor)**.

Ele está dividido em 3 Fases:


1. Apresentação (Página 1);
2. da figurFluxo de processo decisório para implementação da inovação (Página 2);
3. Observações (Página 3-4).

OBS: A questão 17 Contém o Hiperlink da **FIGURA 1** individualizada para facilitar sua avaliação. A questão 25 o da **FIGURA 2** e a 29 da **FIGURA 3**.

CLIQUE AQUI para acessar a Abordagem gráfica completa a ser avaliada.

Recomenda-se que o arquivo seja mantido aberto em outra aba, a fim de facilitar a análise minuciosa de cada item.

* 9. Você considera o **Layout Completo** da Abordagem do infográfico:

Não adequado	Pouco adequado	Consideravelmente adequado	Muito adequado
			

Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 10. Você considera o **Layout** da fase da **APRESENTAÇÃO**:

Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado

Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 11. Você considera sobre a **cor do conteúdo** da Fase da **APRESENTAÇÃO**:

Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado

Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 12. Você considera sobre a **fonte do texto (letra)** do conteúdo da fase **APRESENTAÇÃO**:

Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado

Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 13. Você considera o **Conteúdo** da fase **APRESENTAÇÃO**:

Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado

Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 14. Você considera o **Layout** da fase do **Fluxo de processo decisório para implementação da inovação**:

Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado

Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

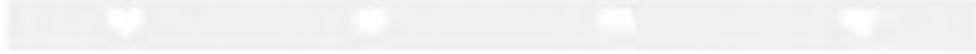
* 15. Você considera sobre a **cor do conteúdo** da Fase do **Fluxo de processo decisório para implementação da inovação**:

Não adequado

Pouco adequado

Consideravelmente adequado

Muito adequado



Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

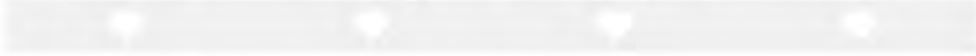
* 16. Você considera sobre a **fonte do texto (letra)** do conteúdo da fase **Fluxo de processo decisório para implementação da inovação**:

Não adequado

Pouco adequado

Consideravelmente adequado

Muito adequado



Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 17. **OBS:** As questões seguintes se referem à análise individual dos oito itens que compõem o fluxo de processo decisório ([FIGURA 1](#)).

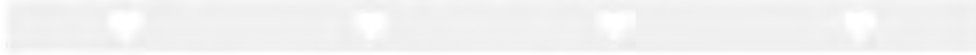
Você considera o **Conteúdo do elemento 1 (PROBLEMA)** da fase Fluxo de processo decisório para implementação da inovação:

Não adequado

Pouco adequado

Consideravelmente adequado

Muito adequado



Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

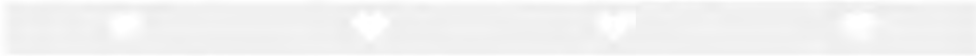
* 18. Você considera o **Conteúdo do ELEMENTO 2 (SOLUÇÃO) - Figura 1** da fase **Fluxo de processo decisório para implementação da inovação**:

Não adequado

Pouco adequado

Consideravelmente adequado

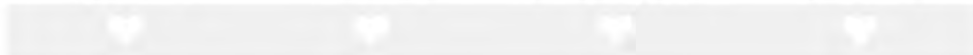
Muito adequado



Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 19. Você considera o **Conteúdo do ELEMENTO 3 (EVIDÊNCIAS) - Figura 1** da fase **Fluxo de processo decisório para implementação da inovação:**

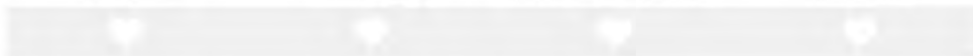
Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado



Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 20. Você considera o **Conteúdo do ELEMENTO 4 (PROPOSTA DE VALOR) - Figura 1** da fase **Fluxo de processo decisório para implementação da inovação:**

Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado



Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 21. Você considera o **Conteúdo do ELEMENTO 5 (BENEFICIÁRIOS) - Figura 1** da fase **Fluxo de processo decisório para implementação da inovação:**

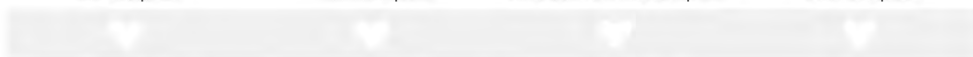
Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado



Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 22. Você considera o **Conteúdo do ELEMENTO 6 (PARCEIROS - Mobilizadores e lideranças) - Figura 1** da fase **Fluxo de processo decisório para implementação da inovação:**

Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado



Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 23. Você considera o **Conteúdo do ELEMENTO 7 (ITENS DA INSTITUIÇÃO) - Figura 1** da fase **Fluxo de processo decisório para implementação da inovação**:

Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado

Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 24. Você considera o **Conteúdo do ELEMENTO 8 (CHECKLIST PARA DECISÃO DA IMPLEMENTAÇÃO) - Figura 1** da fase **Fluxo de processo decisório para implementação da inovação**:

Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado

Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 25. **OBS:** As questões seguintes se referem à análise individual dos quatro itens que compõem as observações **(FIGURA 2)**

Você considera o **Layout da Figura 2** da fase **OBSERVAÇÕES**:

Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado

Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 26. Você considera sobre a **cor do conteúdo da Figura 2** da fase **OBSERVAÇÕES**:

Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado

Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 27. Você considera sobre a **cor da fonte da Figura 2** da fase **OBSERVAÇÕES**:

Não adequado

Pouco adequado

Consideravelmente adequado

Muito adequado

Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 28. Você considera sobre o **Conteúdo da Figura 2** da fase **OBSERVAÇÕES**:

Não adequado

Pouco adequado

Consideravelmente adequado

Muito adequado

Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 29.

OBS: As questões seguintes se referem à análise individual dos três itens que compõem as observações **(FIGURA 3)**.

Você considera o **Layout da Figura 3** da fase **OBSERVAÇÕES**:

Não adequado

Pouco adequado

Consideravelmente adequado

Muito adequado

Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 30. Você considera a **Cor da Fonte da Figura 3** da fase **OBSERVAÇÕES**:

Não adequado

Pouco adequado

Consideravelmente adequado

Muito adequado

Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

* 31. Você considera a **Conteúdo da Figura 3** da fase **OBSERVAÇÕES**:

Não adequado

Pouco adequado

Consideravelmente adequado

Muito adequado

Para a classificação de 1 e 2 corações, aponte os pontos a serem aperfeiçoados.

PROGRAMA FALL TIPS BRASIL

KIT DE DISSEMINAÇÃO FALL TIPS BRASIL
ABORDAGEM DO GESTOR HOSPITALAR

Abordagem inicial ao gestor para implementação da inovação

Agradecimento

Obrigada por dispor do seu tempo e contribuir nesta pesquisa.

APÊNDICE 3 – PRODUTO DA ABORDAGEM

PROGRAMA FALL TIPS BRASIL

KIT DE DISSEMINAÇÃO FALL TIPS BRASIL
ABORDAGEM DO GESTOR HOSPITALAR

APRESENTAÇÃO 1

Olá Gestor, como vai?

Agradecemos a oportunidade dessa abordagem inicial para disseminação do Fall TIPS Brasil.

É com satisfação que apresentamos a possibilidade de implementação do Kit Fall TIPS Brasil como uma inovação em sua instituição para prevenção de quedas.

Esse **infográfico** * faz parte do kit de ferramentas para disseminação do Fall TIPS Brasil e objetiva subsidiar a liderança hospitalar e os stakeholders (lideranças da linha de frente, profissionais da equipe multiprofissional, pacientes, familiares) na tomada de decisão acerca da implementação da inovação em sua instituição.

O kit Fall TIPS é utilizado em mais de 125 hospitais (Estados Unidos, China, Canadá e Taiwan) e propõe atuação centrada no cuidado do paciente, em que valoriza o planejar e monitorar o cuidado propiciando a mudança de cultura, com vistas à geração de coparticipação entre equipe de saúde e paciente/familiares. Isso para apoiar a tomada de decisão clínica, contemplando fatores de risco e intervenções personalizadas do paciente, além das medidas universais de prevenção de queda (GONÇALVES, 2020 (prelo); DYKES et al., 2009).

Wachter (2013) sugere que o Fall TIPS é uma ferramenta tecnológica que compõe o denominado Kit caracterizado essencialmente por intervenções padronizadas que devem ser aplicadas em todos os pacientes da instituição, a fim de prevenir o evento queda, isso direcionado com intervenção customizada a cada indivíduo, comunicação clara e coesa e executado por toda equipe multiprofissional.

O programa no Brasil está em fase de finalização da adaptação e validação transcultural por Gonçalves (2019-prelo). E você, gestor, tem a oportunidade de implementar essa inovação na sua instituição para melhorar a qualidade dos indicadores de quedas, fortalecer o cuidado centrado no paciente, ser pioneiro em implementá-lo no Brasil, além de fortalecer a tomada de decisão baseada em evidências.



* Um infográfico é uma coleção de imagens, gráficos e mínimo de texto que fornece uma visão geral e fácil de entender a respeito de um assunto.

AUTORAS

FIGUEREDO, AS e CROZETA, KF (2021).





KIT DE DISSEMINAÇÃO FALL TIPS BRASIL ABORDAGEM DO GESTOR HOSPITALAR

2

FLUXO DE PROCESSO DECISÓRIO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA INOVAÇÃO:



O fluxo aponta quais são as etapas a serem percorridas para a tomada de decisão, baseada em evidência, para implementação do Kit do Programa Fall TIPS Brasil na sua organização.

FIGURA 1: Abordagem para a tomada de decisão do gestor sobre a implementação do Fall TIPS brasileiro.

MODELO DE ABORDAGEM INICIAL AO GESTOR

CHECKLIST PARA DECISÃO DA IMPLEMENTAÇÃO

1. Tem um problema bem definido?
2. Os benefícios são maiores que os riscos?
3. A instituição tem condições (estruturais, pessoal, financeira) para implementar?
4. Há parceiros definidos?
5. A instituição tem lideranças-chave para conduzir o processo?

ITENS DA INSTITUIÇÃO

Ferramenta Estratégica para desenvolver as metas e objetivos em quatro pilares a saber: pontos fortes da equipe (como melhorar a qual a estratégia a ser potencializada na implementação da ferramenta?); os pontos fracos da equipe/lideranças/comunicação/instituição (como minimizar cada um e maximizar na melhoria de performance das indicações de queda, quais oportunidades o kit de ferramenta com aplicação do instrumento do Readiness For Implementation Checklist ao serviço e quais as ameaças percebidas que podem impedir a usar a ferramenta e possibilidades de superar a situação?);

PARCEIROS (Mobilizadores-lideranças)

Internos: Serviços vigilância e notificação de eventos adversos, Lideranças setoriais, comunicação, Comissões e Comitês multidisciplinares, etc.

Externos: Grupos de pesquisa de universidades, Pesquisadores e gestores de outros hospitais que já implementaram, formam-se de outras instituições que desejam implantar.

BENEFICIÁRIOS

Diretos: Pacientes, familiares, equipe multiprofissional, gestores.

Indiretos: Sociedade devido diminuição nos dias de internamento e menos custos.

PROBLEMA

Ocorrência do Evento Adverso queda em pacientes hospitalizados

SOLUÇÃO

Implementar o Programa Fall TIPS de prevenção de quedas centrado no paciente, o qual já tem resultados com eficácia comprovada¹⁰ por na redução de até 25% da incidência de quedas em mais de 125 países do mundo.

EVIDÊNCIAS

Expedem¹¹ que ações diretas com responsabilidade compartilhada entre membros da equipe: paciente e acompanhante, impactaram na redução de quedas hospitalares em 25% após implantação do Programa Fall TIPS no Brigham and Women's Hospital em Boston, num estudo randomizado em > 10.000 pacientes.

Mouta¹² que a participação da liderança fortalece as ações educativas para suprir os entraves e atrair apoiadores na implementação de novo protocolo. E para¹³ priorizar a prevenção de quedas baseada em evidência ao desenvolver treinamentos de Prevenção de Queda disponibilizando a todos integrantes da equipe garantindo esclarecimento da inovação e sanar dúvidas pontuais. Ademais, contribuir para criação de atitudes importantes e fortalecimento da cultura de segurança.

PROPOSTA DE VALOR (Requisitos e diferenciais)

As quedas ocorrem entre os principais eventos adversos a serem prevenidos em instituições de saúde, no período de janeiro de 2014 e maio de 2019 foram notificados 330.536 incidentes no Brasil, sendo 92% (308.840) em ambiente hospitalar, destes 52% (160.648) nos setores de internamento, 11,8% (36.452) de evento quebra com as seguintes causas: perda de equilíbrio (36%), não informado (29,4%), escorem (25,8%), desmaio (1,4%), tropeço (1,2%).

O kit do programa Fall TIPS contempla instruções para abordagem ao paciente e familiar, fortalecimento do engajamento na identificação de riscos de queda, definição compartilhada das intervenções entre a equipe, monitoramento do processo, capacitação das equipes, que devem estar disponibilizadas em ambiente colaborativo^{14,15}.

Fonte: Adaptado de Orton et al. (2007), Dolabela (2008), Cecconello, (2008), Filon e Dolabela, (2000), Paulek, (2017), Reis e Armond (2012), Spellberg et al., (2016), Briggs e McBeath (2009), Pfeffer e Sutton (2006), Melnyk et al., (2018), Saunders et al., (2019).

OBSERVAÇÕES

3

Em uma revisão rápida realizada por Figueredo et al (2021) em busca de evidências acerca dos riscos e benefícios na implementação do Kit Fall TIPS, a figura 2 apresenta os benefícios e a figura 3 os riscos.



AUTORAS

FIGUEREDO, AS e CROZETA, KF (2021).

KIT DE DISSEMINAÇÃO FALL TIPS BRASIL ABORDAGEM DO GESTOR HOSPITALAR

FIGURA 2: Benefícios da Implementação do Fall TIPS evidenciados na literatura

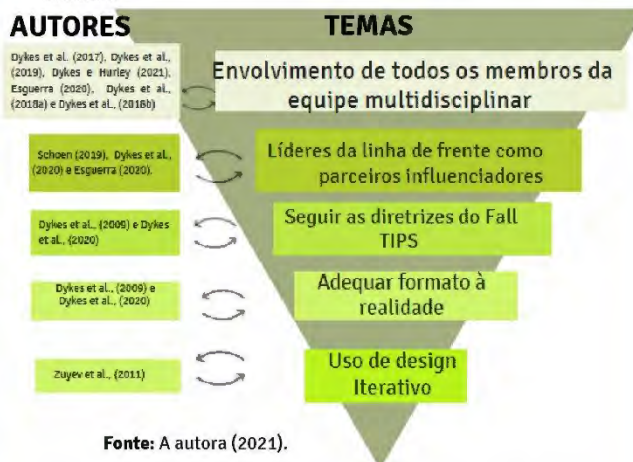


FIGURA 3: Riscos da Implementação do Fall TIPS evidenciados na literatura



Os instrumentos (**Anexo 1 e 2**) relevantes para a Tomada de Decisão não foram incluídos na íntegra devido ao processo em fase de finalização de Tradução e Adaptação Transcultural pela coordenadora do Macroprojeto.



ANEXO 1: SWOT ANALYSIS FORM

SWOT Analysis Form			
Project:		Prepared By/For:	
Date:	Strategy, Goal, or Objective being considered:		
List the strengths of your team.	How can you best take advantage of these?	List the weaknesses of your team.	How can you minimize the impact of these?
What opportunities does the project/organization present?	How can you best take advantage of these?	List those threats that might keep you from succeeding.	How can you deal with each identified threat?

AUTORAS

FIGUEREDO, AS e CROZETA, KF (2021).

ANEXO 2: Fall T.I.P.S. Readiness For Implementation checklist

FALL T.L.P.S.: READINESS FOR IMPLEMENTATION CHECKLIST

This event is scheduled to double hospital care! Attendance on the ground is limited to 1000 people.

PROJECTED GO-LIVE DATE

WHAT RESEARCHERS DID NOW

- ☐ Meet with Nurse Directors/Manager to identify the ideal staff mix of Fall TIPS Champions (e.g., nurse leaders, clinical nurses, course assistants)
- ☐ Increase staff awareness regarding Fall TIPS program adoption (this is not a pilot program but a standard of care at the hospital)
- ☐ Identify and notify staff of the Fall TIPS Go Live Date

WILL BE BEFORE THE GO-LIVE

- ☐ Confirm that Human Resources have identified Fall TIPS 3 questions for all TIPS registered users.
- ☐ Confirm that Fall TIPS questions have been answered Fall TIPS CE Training and completed Fall TIPS Educational Module (Module can be online, binder, etc.)
- ☐ Confirm that Fall TIPS Champions have demonstrated competency in performing the 3-step fall prevention program, especially the under assessment component.
- ☐ Confirm that Fall TIPS Champions have been trained in the Fall TIPS Auditing Process and have demonstrated accurate use of the Fall TIPS Auditing Process.
- ☐ Confirm that Human Resources/Managers and Fall TIPS Champions have identified all of the audit points for the unit the Fall TIPS audit will be using. This includes formal computer processes (such as approval from infection control).
- ☐ Confirm that measures/instructions have been created and are available for Fall TIPS users:
 - no hanging orders, you can use [XEROX](#) orders.
 - To complete formatted Fall TIPS orders, you can order [our XEROX orders](#) and answers.
- ☐ Confirm that a system is in place to collect Fall TIPS questions or audit results for the unit.
 - If not generated for a unit, you can use the [Fall TIPS questions](#) for units that are missing your unit's own separate security of a formatted Fall TIPS system. Make sure your Fall TIPS questions are made to be used between the unit.

WHAT TO DO AFTER THE GO-LIVE

- Engage in routinely scheduled meetings with Nurse Directors/Managers and Fall TIPS Champions to identify potential barriers & strategies for overcoming impediments to Fall TIPS implementation and review audit data
- Remind Nurse Directors to follow up with Fall TIPS Champions regarding Fall TIPS Audits (submit.w.reddcap@cdc.gov)
- Calculate Monthly Fall TIPS Scores to staff and leadership. Use the results to provide targeted feedback

Ongoing education and continuous reinforcement of the 3-step fall prevention process is necessary for Fall TIPS sustainability.

REFERÊNCIAS



DYKES, PC; CARROLL, DL; HURLEY, ARN; KENEDY, RN; KUROWSKI, J; TIERNEY, K; BENOIT, B; LIPSITZ, A; ZUYOV, L. **Fall TIPS: Strategies to Promote Adoption and Use of a Fall Prevention Toolkit.** AMIA Annu Symp Proc. 2009; 2009: 153-157.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório de Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2019**. Brasília, DF: ANVISA, 2020. Disponível em: <https://portal.anvisa.gov.br/documents/338562/271953/Relat%C3%B3rio+de+Autoavali%C3%A7%C3%A3o+Nacional+da+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+-+2019+%28Vers%C3%A3o+de+Sac%27%2C+e+de+Tercel%2F+2019%2F+relat%C3%B3rio+de+Autoavali%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2021.

DYKES PC, DUCKWORTH M, CUNNINGHAM S, DUBOIS S, DRISCOLL M, FELICIANO Z, FERRAZZI M, FEVRIN FE, LYONS S, LINDROS ME, MONAHAN A, PALEY MM, JEAN-PIERRE S, SCANLAN M. Pilot Testing Fall TIPS (Tailoring Interventions for Patient Safety): a Patient-Centered Fall Prevention Toolkit. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2017 Aug;43(8):403-413. doi: 10.1016/j.jcqs.2017.05.008. Epub 2017 Jun 21. PMID: 28738986.

KATSULIS Z, ERGAI A, LEUNG WY, SCHENKEL L, RAI A, ADELMAN J, ET AL. Iterative user centered design for development of a patient-centered fall prevention toolkit. *Appl Ergon* 2016 Sep;56:117-126.

LYKES, PC; ADELMAN, JC; ALFIERI, L; BOGAISKY, M; CARROLL, D; CARTER, E; DUCKWORTH, M; ERICKSON, JR; FLAHERTY, DM; HURLEY, AC; JACKSON, E; KHASNABISH, S; LINDROS, ME; MANZANO, W; SCANLAN, M; SPIVACK, LB. The Fail TIPS (Tailoring Interventions for Patient Safety) Program: A Collaboration to End the Persistent Problem of Patient Falls. *Nurse Leader*, Volume 17, Issue 4, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.nln.2018.11.006>

DUCKWORTH M, ADELMAN J, BELATEGUI K, FELICIANO Z, JACKSON E, KHASNABISH S, LEHMAN I, LINDROS M, MORTIMER H, RYAN K, SCANLAN M, BERGER SPIVACK I, YU S, BATES D, DYKES PC. Assessing the Effectiveness of Engaging Patients and Their Families in the Three-Step Fall Prevention Process Across Residential Settings of an Evidence-Based Fall Prevention Toolkit: An Implementation Science Study. *J Med Internet Res* 2019;21(1):e100008 DOI: <https://www.imr.org/2019/1/e100008>

SCHOEN, T. "Implementation of Fall T.J.P.S. (Tailoring Interventions for Patient Safety) will decrease the number of falls that occur on the Acute Care Unit at a Veterans Affairs Medical Center" (2019). West Chester University Doctoral Projects. 42. https://digitalcommons.wcupa.edu/all_theses/42

DYKES, PC; HURLEY, AC. **Patient-centered fall prevention** (Springhouse): março de 2021 - Volume 52 - Edição 3 - p 51-54 DOI: 10.1097/01.NJMA.0000733668.39637.7a

(DYKES PC, I-CHING EH, SOUKUP JR, CHANG F, LIPSITZ S. A case control study to improve accuracy of an electronic fall prevention toolkit. *AMIA Annu Symp Proc*. 2012;2012:170-9. Epub 2012 Nov 3. PMID: 23304286; PMCID: PMC3560550.

ESGUERRA, E. (2020). *A Patient-Centered Approach to Fall Prevention*. [Doctoral project, University of St. Augustine for Health Sciences]. SOAR @ USA: Student Scholarly Projects Collection. <https://doi.org/10.46409/sr.THBW2378>

DYKES PC, CARROLL DL, HURLEY A. Fall Prevention in Acute Care Hospitals: A Randomized Trial. JAMA. 2010;304(17):1912-1918. doi:10.1001/jama.2010.1567.

ZUYEV L, BENOIT AN, CHANG FY, DYKES PC. Tailored prevention of inpatient falls: development and usability testing of the fall TIPS toolkit. *Comput Inform Nurs*. 2011;29(2):93-100. doi:10.1097/NCN.0b013e3181f6db99

DYKES PC, Bogaisky MMD, Duckworth, M; HURLEY, AC; JACKSON, EM; et al. **Development and Validation of a Fall Prevention Knowledge Test.** Journal of the American geriatrics Society. 09 October 2018 <https://doi.org/e222.periodicos.capes.gov.br/10.1111/jgs.15563>

CECCONELLO, AR; AJZENTAL, A. *A construção do plano de negócio*. São Paulo: Saraiva, 2008.

SPELLBERG, B; BARTLETT, JG; GILBERT, DN. How to Pitch an Antibiotic Stewardship Program to the Hospital C-Suite. *Open forum infectious diseases*. 3(4). ofw210. 2016. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofw210>.

ORTON, S.; UMBLE, K.; ZELT, S.; PORTER J., JOHNSON J. Management academy for public health: creating entrepreneurial entrepreneurs. *Am J Public Health* 2002, 92(10):1454-1456. <https://doi.org/10.2195/00007256-0292101454>

BRIGGS H AND MCBEATH B (2009) 'Evidence-Based Management: Origins, Challenges, and Implications for Social Service

MELNYK BM., GALLAGHER-FORD L, ZELLEFROW C, TUCKER S, THOMAS B, SINNOTT L T, & TAN A. (2018). The first U.S. study on nurses' evidence-based practice competencies indicates major deficits that threaten healthcare quality, safety, and patient outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 15(1), 16–25. <https://doi.org/10.1111/wvn.12269>

PFEFFER J, SUTTON RI. Evidence-based management. *Harv Bus Rev*. 2006;84(1):62-74, 133.

REIS, GAX, OLIVEIRA, JLC, FERREIRA, AMD, VITURI, DW, MARCON, SS, & MAJSUDA, LM. (2019). Difficulties to implement patient safety strategies: perspectives of nurse managers. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40 (spe), e20180366. Epub January 10, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366>.

REIS, GAX, OLIVEIRA, JLC, FERREIRA, AMD, VITURI, DW, MARCON, SS, & MATSUDA, LM. (2019). Difficulties to implement patient safety strategies: perspectives of nurse managers. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40 (spe), e20180366. Epub January

10, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366>.

SAUNDERS H; GALLAGHER-FORD L; RIVIST I; VEHILAINEN-JULKUNEN K Practicing healthcare professionals' evidence-based practice competencies: An overview of systematic reviews. *Worldviews Evid. Based Nurs.* 2019, 16, 176-185.

Santos BRP, Damian IPM. O mapeamento do conhecimento por meio da análise SWOT: estudo em uma organização pública de saúde. Em Questão, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 253-274, set./dez. 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.19132/1808-5245243.253-274>

GÜREL, E.; TAT, M. SWOT analysis: a theoretical review. *Journal of International Social Research*, v. 10, n. 51, 2017. Disponível em: <http://sosyalarastirmalar.com/cilt10/say51_pdf/6iksizat_kamu_isletme/gurel_emet.pdf>. Acesso em: 09 maio 2021.

MARINHO EZ, TRANCOSO MP, NETO RS, DA HORA HRM. Strategic Analysis of a port of Rio de Janeiro State: SWOT Matrix Application. *Revista Mundo Livre. Campos dos Goytacazes*. v.5, n.2, p. 21-39, ago/dez 2019.

WACHTER, B. M. *Compreendendo a segurança do paciente*. 2 ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.



AUTORAS

FIGUEREDO, AS e CROZETA, KF (2021).

APÊNDICE 4 – MODELO DA ABORDAGEM


MODELO DE ABORDAGEM INICIAL AO GESTOR - MAIG

NA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA INOVAÇÃO EM SAÚDE

APRESENTAÇÃO

Fase 1

1



Olá, Gestor. Tudo bem com você!


Agradecemos a oportunidade de apresentar o Modelo de abordagem inicial ao Gestor (MAIG) para implementar uma inovação.


Hoje, temos a honra de apresentar **tal inovação** (direto ao ponto), a qual tem **o objetivo x** (descrever).

Esse **infográfico*** objetiva subsidiar a liderança hospitalar e os stakeholders (lideranças da linha de frente, profissionais da equipe multiprofissional, pacientes, familiares) na tomada de decisão acerca da implementação de uma inovação em sua instituição.

Lembre-se de na parte escrita manter uma escrita fluída. Agora, chegou o momento de falar sobre **quais problemas solucionar** e se adequado **explicar como surgiu a ideia**.

Em seguida, **contextualizar**. Se for inovação não respaldada por estudos ainda, é primordial **mentonar os desafios da validação**. Caso haja **pesquisas** que **evidenciem a implementação** em outras instituições, **sinalizar**, sucintamente, esse processo de disseminação.








* Um infográfico é uma coleção de imagens, gráficos e mínimo de texto que fornece uma visão geral e fácil de entender a respeito de um assunto.

AUTORAS

FIGUEREDO, AS e FIGUEIREDO, KC (2021).

MODELO DE ABORDAGEM INICIAL AO GESTOR NA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA INOVAÇÃO EM SAÚDE



2

FLUXO DE PROCESSO DECISÓRIO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA INOVAÇÃO:

Fase 2



Processo decisório, segundo Longaray (2013) é o que antecede e gera ações que podem promover a melhoria da situação problemática. Ele pode ser aperfeiçoado e estruturado com o amadurecimento da decisão.

Nesse sentido, o **gestor** é a **liderança** incumbida de **tomada de decisão contínua** e diária relacionado aos diversos temas e possibilidades. Isso, faz com que ele necessite de **ferramentas baseadas em evidências** que **sistematize** e **facilite** o processo decisório maximizando a **efetividade** e o uso do tempo.

Desse modo, o **plano de Negócios** consiste numa estruturação da viabilidade de uma implementação: ao analisar o negócio, identificar as oportunidades e os riscos inerentes à atividade escolhida; examinar se o mercado interno (público-alvo, liderança parceira, insumos necessários). Além de estudar se os aspectos técnicos da inovação - processo de produção, layout, materiais e insumos necessários -, coadunam com a necessidade e propósito organizacional (CECCONELLO, 2008; PAULEK, 2017; FILION E DOLABELA, 2000).

Nessa perspectiva o plano de negócio, juntamente, com o gerenciamento baseado em evidências são pilares do MAIG.

Com isso, a relevância do MAIG, que elenca de forma sistemática abaixo o preenchimento das etapas do Modelo de abordagem à tomada de decisão do gestor ao implementar uma inovação, conforme a **Figura 1**.

FIGURA 1: Modelo de abordagem para a tomada de decisão do gestor sobre a implementação da inovação.



AUTORAS

FIGUEREDO, AS e FIGUEIREDO, KC (2021).

MODELO DE ABORDAGEM INICIAL AO GESTOR NA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA INOVAÇÃO EM SAÚDE



OBSERVAÇÕES 3

Fase 3

Incluir **informações complementares** sobre a **inovação**, ou que detalhe algum item do fluxo de processo decisório.



Assim como, **dados adicionais** que sejam **relevantes** para a **Tomada de Decisão** e que **não** foram **contemplados** nas etapas anteriores.

Anexar **ferramentas** e **instrumentos existentes** da **inovação** proposta, se for o caso. Assim como detalhes relevantes de **riscos**, **benefícios** e sinalização específica de **evidências** já **utilizadas** em outras instituições.

REFERÊNCIAS



CECCONELLO, AR; AJZENTAL, A. **A construção do plano de negócio**. São Paulo: Saraiva, 2008.

SPELLBERG, B; BARTLETT, JG; GILBERT, DN. How to Pitch an Antibiotic Stewardship Program to the Hospital C-Suite. *Open forum infectious diseases*, 3(4), ofw210. 2016. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofw210>.

ORTON, S; UMBLE, K; ZELT, S; PORTER J, JOHNSON J. Management academy for public health: creating entrepreneurial managers. *Am J Public Health*. 2007 Apr;97(4):601-5. doi: 10.2105/AJPH.2005.082263. Epub 2007 Feb 28.

BRIGGS H AND MCBEATH B (2009) 'Evidence-Based Management: Origins, Challenges, and Implications for Social Service Administration', *Administration in Social Work*, 33: 3, 242 – 261. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/03643100902987556>

MELNYK BM., GALLAGHER-FORD L, ZELLEFROW C, TUCKER S, THOMAS B, SINNOTT L T, & TAN A. (2018). **The first U.S. study on nurses' evidence-based practice competencies indicates major deficits that threaten healthcare quality, safety, and patient outcomes**. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), 16– 25. <https://doi.org/10.1111/wvn.12269>

PFEFFER J, SUTTON RI. Evidence-based management. *Harv Bus Rev*. 2006;84(1):62-74,133.

REIS, GAX, OLIVEIRA, JLC, FERREIRA, AMD, VITURI, DW, MARCON, SS, & MATSUDA, LM. (2019). Difficulties to implement patient safety strategies: perspectives of nurse managers. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40 (spe), e20180366. Epub January 10, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366>.

REIS, GAX, OLIVEIRA, JLC, FERREIRA, AMD, VITURI, DW, MARCON, SS, & MATSUDA, LM. (2019). Difficulties to implement patient safety strategies: perspectives of nurse managers. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40 (spe), e20180366. Epub January 10, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366>.

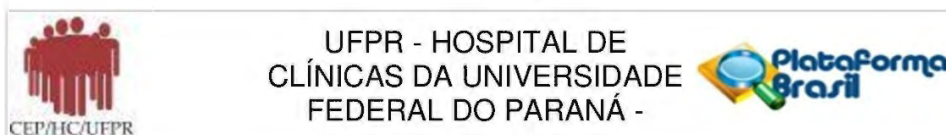
SAUNDERS H; GALLAGHER-FORD L; KVIST T; VEHVILÄINEN-JULKUNEN K Practicing healthcare professionals' evidence-based practice competencies: An overview of systematic reviews. *Worldviews Evid. Based Nurs*. 2019, 16, 176–185.

Como citar: FIGUEREDO, Alda Souza; FIGUEIREDO, Karla Crozeta. Modelo de Abordagem Inicial ao Gestor na Implementação de uma Inovação em Saúde (Infográfico). In: *Abordagem inicial do gestor para disseminação do kit de ferramentas Fall TIPS em hospitais brasileiros* - dissertação de Mestrado. Curitiba-Paraná. 2021.

AUTORAS

FIGUEREDO, AS e FIGUEIREDO, KC (2021).

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Difusão e adoção do Fall TIPS no Brasil: engajamento de pacientes, profissionais e liderança clínica para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar.

Pesquisador: LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25637519.8.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.819.159

Apresentação do Projeto:

Segundo os autores, trata-se de projeto de pesquisa de inovação tecnológica de produto e processos, que utilizará métodos qualitativos e quantitativos para traduzir, adaptar, implantar e avaliar o programa Fall TIPS para uso em hospitais brasileiros. Tem como instituição participante o Complexo Hospital de Clínicas da UFPR (CHC-UFPR). Contempla fases de análise de problemas, tradução e adaptação transcultural do kit de ferramentas do programa, testes e implantações piloto no CHC-UFPR, e avaliação dos resultados.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos segundo os autores são:

Objetivo Primário (Geral): Adaptar e disseminar o uso do programa Fall TIPS de prevenção de quedas em hospitais brasileiros.

Objetivo(s) Secundários (Específicos):

- Traduzir e realizar adaptação transcultural dos instrumentos que compõe o kit do programa Fall TIPS para o português (Brasil).
- Refinar o kit de ferramentas do programa Fall TIPS brasileiro e testar sua aplicação em hospitais com diferentes características.
- Avaliar a implantação do programa Fall TIPS em hospitais brasileiros e seus impactos sobre as quedas.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

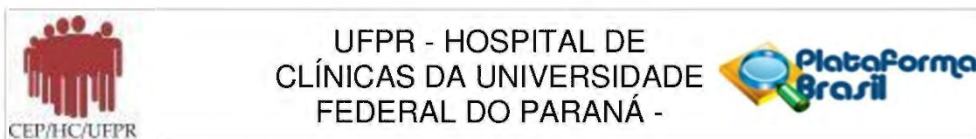
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.819.159

- Construir um ambiente virtual colaborativo para disseminação do programa Fall TIPS brasileiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios segundo os autores:

A metodologia proposta para execução deste projeto permitirá (i) o aprimoramento do programa institucional de prevenção de quedas no hospital participante, principalmente por considerar o refinamento do kit de ferramentas proposto para a realidade brasileira e pela inclusão do paciente e sua família no processo de identificação do risco de queda - o que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde, e (ii) contribuição para um cuidado hospitalar livre de danos. Assim, para os participantes, os benefícios são indiretos.

Esta pesquisa não implicará risco direto aos seus participantes. Há um risco mínimo, de possível constrangimento ao participante, relacionado com alguma questão e/ou receio de ter suas opiniões expostas ou pode gerar um desconforto devido o tempo gasto para responder os questionários, entrevistas e participação em grupos focais.

O risco é mínimo, devido à obediência aos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos por parte dos pesquisadores e considerando os métodos propostos.

O participante poderá desistir a qualquer momento de continuar a responder o que lhe for perguntado e não sofrerá nenhum prejuízo. Os dados coletados serão predominantemente de natureza qualitativa, mas também quantitativa e obtidos mediante um processo de ampla explicação dos objetivos da pesquisa e voluntária participação, sendo mantidos em sigilo e assegurada a confidencialidade de todo o processo. O tempo de duração também será estimado para que não haja exaustão do participante e/ou prejuízos ao andamento do trabalho. Por fim, neste estudo não será realizado procedimento invasivo, que possa implicar dor ou risco aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Envio de correções de pendências e documentos de projeto de pesquisa previamente submetido a este CEP.

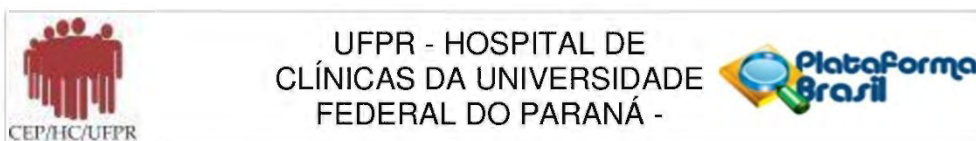
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão corretos.

Recomendações:

Ajustar a informação de instituição coparticipante, pois ela ainda consta no desenho do estudo.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.819.159

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica, o mesmo deve estar em formatação adequada e com as caixas de rubricas no rodapé das páginas que não contenham assinatura. Após, fazer cópia fiel do TCLE aprovado e rubricado em duas vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências e documentos necessários foram corrigidos conforme os apontamentos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Os documentos da pesquisa devem ser mantidos arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1471648.pdf	06/01/2020 10:57:34		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	pendenciasCEPCHCUFPR0601.pdf	06/01/2020 10:57:00	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoCusto0601.pdf	06/01/2020 10:56:20	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Brochura Pesquisa	060120_PjFALLTIPS.pdf	06/01/2020 10:46:00	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto2.pdf	06/01/2020 09:37:32	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLEs.docx	13/11/2019 17:44:37	LUCIANA SCHLEDER	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

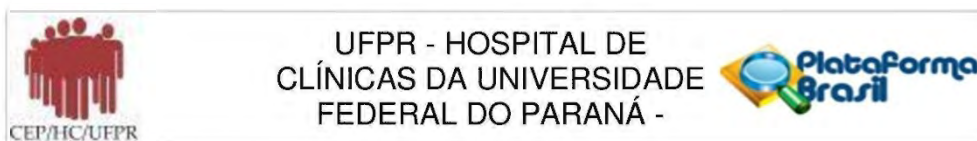
Município: CURITIBA

CEP: 80.060-900

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.819.159

Justificativa de Ausência	TCLEs.docx	13/11/2019 17:44:37	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.pdf	13/11/2019 17:44:21	LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1311_PjFALLTIPS.pdf	13/11/2019 17:41:39	LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1311_PjFALLTIPS.docx	13/11/2019 17:39:58	LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES	Aceito
Outros	checklistFallTIPS.docx	13/11/2019 16:29:41	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	checklistFallTIPS.pdf	13/11/2019 16:29:15	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	declaracaoCopart.pdf	13/11/2019 16:23:59	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoEquipe.docx	13/11/2019 16:23:21	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoEquipe.pdf	13/11/2019 16:22:51	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	declaracaoCusto.docx	13/11/2019 16:21:39	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	declaracaoCusto.pdf	13/11/2019 16:21:14	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciaServico.docx	13/11/2019 16:20:26	LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciaServico.pdf	13/11/2019 16:19:56	LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES	Aceito
Outros	declaracaoOrientacao.docx	13/11/2019 16:19:11	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	declaracaoOrientacao.pdf	13/11/2019 16:18:26	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	encaminhamento.docx	13/11/2019 16:17:45	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	encaminhamento.pdf	13/11/2019 16:17:21	LUCIANA SCHLEDER	Aceito

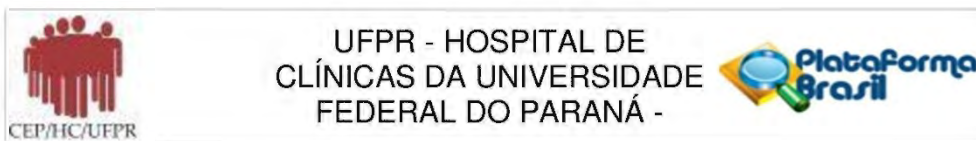
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181**Bairro:** Alto da Glória**CEP:** 80.060-900**UF:** PR**Município:** CURITIBA**Telefone:** (41)3360-1041**Fax:** (41)3360-1041**E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.819.159

CURITIBA, 03 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
maria cristina sartor
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

ANEXO 2 - ORIENTAÇÕES PARA A OBTENÇÃO DE CONSENTIMENTO EM ESTUDOS DA ÁREA BIOMÉDICA RELACIONADOS À COVID-19

OBS: CONVITE DE PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

Frente ao cenário da pandemia provocada pelo novo coronavírus, e em decorrência dos novos desafios éticos impostos pelos protocolos de pesquisa relacionados à Covid-19, faz-se necessário trazer os seguintes esclarecimentos e orientações para os estudos da área biomédica.

A tomada de consentimento para a participação em pesquisa é procedimento obrigatório previsto na Resolução CNS nº 466 de 2012 e em diversos documentos internacionais de referência em ética em pesquisa, salvo quando a dispensa de consentimento é previamente autorizada pelo Sistema CEP/Conep mediante justificada solicitação do pesquisador.

Frente à situação de emergência sanitária decretada no país, e ponderando o potencial benefício aos participantes de pesquisa, a Conep entende ser admissível, NESTE MOMENTO PARTICULAR, proceder com formas alternativas no processo de consentimento para os estudos realizados em pacientes afetados pela Covid-19, impossibilitados de fornecer o consentimento, em que os responsáveis legais estão distantes ou em isolamento social. As alternativas para a condição específica descrita são:

- Encaminhamento do consentimento por meios digitais, com devolução do documento devidamente assinado em cópia digital;
- Consentimento em plataforma eletrônica;
- Consentimento gravado (por telefone ou aplicativo de comunicação).

As formas alternativas de consentimento devem estar descritas no projeto de pesquisa submetido ao Sistema CEP/Conep.

Independentemente da forma de consentimento, caberá ao pesquisador manter em seus arquivos a comprovação do consentimento, seja por via digital, eletrônica ou gravada. Tão logo seja possível, a equipe de pesquisa TAMBÉM deverá tomar o consentimento dos responsáveis legais em meio físico.

Fonte: Orientações para Comitês de Ética em Pesquisa e pesquisadores. CONEP.
Data: 09 de maio de 2020. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/normativasconep?view=default>